Faculteit der
Sociale
Wetenschappen



Naar rechtmatige zorg in het gemeentelijke sociale domein

Een verkennende studie naar de aard, omvang en achtergronden van rechtmatigheidsrisico's in de Wmo en de Jeugdzorg in Zuid-Holland

Menno Fenger
Nancy Chin-A-Fat
Andrea Frankowski
Lieske van der Torre

Erasmus University Rotterdam
Make it happen.

Naar rechtmatige zorg in het gemeentelijke sociale domein

Een verkennende studie naar de aard, omvang en achtergronden van rechtmatigheidsrisico's in de Wmo en de Jeugdzorg in Zuid-Holland

Menno Fenger, Nancy Chin-A-Fat, Andrea Frankowski, Lieske van der Torre

Colofon

Publicatie:	Erasmus Universiteit Rotterdam Faculteit der Sociale Wetenschappen Departement Bestuurskunde Postbus 1738 3000 DR ROTTERDAM
Coördinatie:	Menno Fenger
Ontwerp:	Karin Milovanovic
Foto:	
Drukker:	
Editie:	2016

Inhoudsopgave

Samenvatting

Met de invoering van de Jeugdwet en de Wmo 2015 is het takenpakket van gemeenten op het terrein van zorg aanzienlijk uitgebreid. Gemeenten zijn daarbij niet alleen verantwoordelijk geworden voor de uitvoering van de zorgtaken, maar ook voor de kwaliteit en de rechtmatigheid ervan. Tegelijkertijd verschijnen er de afgelopen jaren met enige regelmaat rapporten of mediaberichten over misbruik, oneigenlijk gebruik en fraude met zorggelden. Het gaat daarbij om onrechtmatige besteding van zorggelden binnen het gehele domein van de zorg – zowel in de somatische als de geestelijke gezondheidszorg - en zowel in ziekenhuizen als in instellingen, privéklinieken, zelfstandige behandelcentra en praktijken (zie bijvoorbeeld NZa, 2013 en 2014; maar ook Sparrow, 2000). Daarnaast is er in de media en in de politiek veel aandacht geweest voor fraude met persoonsgebonden budgetten (pgb's).

Voor gemeenten is het noodzakelijk en verplicht om vorm en inhoud te geven aan het bestrijden van fraude in het gemeentelijke zorgdomein. Maar het terrein is voor gemeenten relatief nieuw. Er is dan ook nog veel onduidelijk over frauderisico's in het gemeentelijke zorgdomein. Daarom hebben de burgemeesters van Gorinchem en Hendrik-Ido-Ambacht in 2014 het initiatief genomen om een pilotproject op te starten dat antwoord moet geven op de vraag hoe oneigenlijk gebruik, misbruik en fraude van zorggelden effectief te voorkomen zijn in het gemeentelijk sociaal domein. De stuurgroep die zich bezig houdt met de uitvoering van deze pilot heeft de afdeling Bestuurskunde van de Erasmus Universiteit Rotterdam in samenwerking met de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur verzocht een verkennend onderzoek uit te voeren naar de aard en de omvang van de risico's van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik in de Wmo en de Jeugdzorg. De centrale vraag van dit onderzoek luidt: *Wat zijn de achtergronden, aard en omvang van de risico's op fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik bij de uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet?*

Wij hebben er voor gekozen om in dit onderzoek het uitvoeringsproces centraal te stellen. Door de verschillende processtappen te identificeren en te analyseren welke prikkels, risico's en controlemechanismen er in elke processtap zitten, krijgen wij een beeld van de aard, achtergronden en eventueel ook de omvang van de frauderisico's. Zowel voor het identificeren van de processtappen als het analyseren ervan hebben wij beleidsdocumenten geanalyseerd en gesprekken gevoerd met experts, beleidsmedewerkers en consulenten.

Een onderdeel van dit onderzoek is om te komen tot een eenduidige begripsbepaling. Wij hebben aangesloten bij de definities die in het Programmaplan Rechtmatige Zorg van het Ministerie van VWS worden gebruikt. Daarbij hanteren wij de volgende begrippen:

Type onjuistheden	Vormen	Omschrijving
Rechtmatigheidsrisico's	Fouten	Regels worden als gevolg van onduidelijkheid of vergissingen onbedoeld overtreden
	Fraude	Er wordt opzettelijk en doelbewust in strijd met regels gehandeld met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin
Risico's van ongepast gebruik	Overbehandeling	Declaraties zijn technisch in orde, maar medisch gezien niet strikt noodzakelijk
	Onderbehandeling	Declaraties zijn technisch gezien in orde, maar medisch gezien onvoldoende om de problemen van de patiënt adequaat te adresseren

Wellicht de belangrijkste bevinding uit dit onderzoek is dat risico's op fraude, fouten of ongepast gebruik voor het grootste deel ontstaan door het handelen van de zorgaanbieder. Het is ook de zorgaanbieder die het meeste belang heeft bij het plegen van fraude, fouten of ongepast gebruik, eventueel in combinatie met derde partijen als zorgkantoren of de klant. Zeker sinds de overgang van de betalingen van pgb's van de klant naar de zorgaanbieder is het belang dat klanten hebben bij fraude of fouten sterk verminderd. Het belang van de aanbieder is daarentegen niet verminderd. Dit geldt zowel voor de Jeugdwet als de Wmo.

Binnen de Wmo zitten de grootste risico's in de productgroepen 'begeleiding' en 'beschermd wonen'. Dit zijn nieuwe voorzieningen voor gemeenten waardoor de organisatorische processen nog niet volledig op orde zijn. Dit geldt voor beschermd wonen sterker dan voor begeleiding. Daar komt bij dat het voor relatieve buitenstaanders vaak moeilijk te beoordelen is welk type zorg nodig is, waardoor er relatief veel macht bij de medische professionals en/of de zorgaanbieders komt te liggen. Voorts zijn de resultaten van de geleverde zorg niet direct meetbaar. Tot slot gaat het hier vaak om aanzienlijke bedragen. Binnen de Jeugdzorg wordt vanuit gemeenten het gebrek aan transparantie als een risico ervaren. De medische professionals spelen hier een grote rol bij zowel de indicatie als de behandeling. Voor gecontracteerde aanbieders geldt dat de risico's vooral in onbewuste fouten zitten en in overbehandeling. Daarbij vindt deze overbehandeling niet altijd primair vanuit het belang van de zorgaanbieder plaats, maar heeft de zorgaanbieder het belang van de klant voor ogen. Toch leidt dit soms tot behandelingen die volgens gemeenten niet altijd medisch gezien noodzakelijk zijn, maar gemeenten hebben niet de expertise of juridische mogelijkheden om deze behandelingen te voorkomen.

Zowel in de Jeugdzorg als bij de Wmo komen volgens onze respondenten meer risico's bij pgb-zorg voor dan bij zorg in natura. Omdat gemeenten na het eerste Wmo-jaar in 2015 hebben geïnvesteerd in de verdere professionalisering van hun inkoop wordt dit verschil alleen maar groter.

Op grond van dit onderzoek zijn wij niet in staat om een raming te geven van de bedragen die met de onderzochte risico's samenhangen. Zelfs de partijen die het meeste inzicht hebben in de financiële gegevens met betrekking tot de zorg - De Nederlandse Zorgautoriteit en de zorgverzekeraars – zijn hiertoe niet in staat gebleken. Het enige dat deze partijen aangeven is dat de door hen opgespoorde fraude 'het topje van de ijsberg' is. Er worden door verschillende partijen inschattingen gemaakt over de omvang van fraude in de zorg (bijvoorbeeld Gee et al., 2011) die uiteenlopen van 1% tot 10% van de uitgaven. Vaak is daarbij onduidelijk hoe deze schattingen tot stand komen of welke definitie van fraude erbij is gehanteerd.

Op grond van de bevindingen van dit onderzoek komen wij tot een drietal aanbevelingen. Dit betreft in de eerste plaats een versterking van kennisbundeling en –uitwisseling. Voor de bestrijding van risico's van onrechtmatigheden en ongepast gebruik hoeft in eerste instantie niet of nauwelijks nieuwe kennis ontwikkeld te worden. De kennis is er wel, maar dient alleen nog ontsloten te worden voor andere partijen in het netwerk. Dit betreft vooral de ontwikkeling van benchmarkgegevens over kosten van verschillende productgroepen en producten, het wegnemen van barrières voor de deling van kennis over fraude, fouten of ongepast gebruik en het vergroten van de medische kennis bij zorgconsulenten.

De tweede aanbeveling richt zich op de versterking van de posities van de verschillende partijen ten opzichte van elkaar. In dit onderzoek hebben wij laten zien dat de belangen van de gemeente, zorgaanbieders en klanten verschillend zijn. In onze ogen kunnen de risico's op onjuistheden worden verkleind wanneer elk van deze partijen zijn rol in de belangendriehoek adequaat speelt. Voor gemeenten betekent dit dat een kritische houding ten opzichte van de zorgaanbieder en de klant passend is. Ook de rol van klanten in de belangendriehoek kan worden versterkt. De klant is eigenlijk de enige die direct en continu een oordeel kan vellen over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de verleende zorg. Alleen moet de klant hiertoe wel in staat gesteld worden. Aan de kant van de zorgaanbieder is het van belang om de prikkels en mogelijkheden voor fraude, fouten en ongepast gebruik te beperken.

Ten slotte zullen gemeenten de handhavingscapaciteit in het gemeentelijke zorgdomein moeten versterken. Gemeenten hebben de laatste jaren veel geïnvesteerd in de verbetering van de gemeentelijke handhaving op het terrein van de bestrijding van uitkeringsfraude. Het instrumentarium dat hiervoor is ontwikkeld, gaat veelal uit van individuele fraudeurs. In het zorgdomein heeft fraude een meer georganiseerd karakter, is de fraude minder eenduidig vast te stellen en betreft het vaak ondernemingen in plaats van individuen. Dit vraagt om een ander type expertise dan de expertise die momenteel doorgaans aanwezig is binnen gemeentelijke afdelingen fraudebestrijding. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om het vermogen om opvallende patronen in financiële data te onderscheiden en om medische kennis.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Meer maatwerk, zelfredzaamheid en betrokkenheid van burgers, minder verschillende hulpverleners rond één huishouden, voorkomen van escalatie van problematiek én meer voor minder – dus goedkoper, efficiënter en effectiever. Dat zijn beknopt de ambities voor de drie decentralisaties in het sociale domein die op 1 januari 2015 in gang zijn gezet. Het gaat hierbij specifiek om de Jeugdwet, om de Participatiewet en om de overgang van ondersteuning, begeleiding en verzorging van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) naar de Wmo (Wet Maatschappelijke Ondersteuning). Het 'sociale domein' waarover in het politieke en maatschappelijke debat steeds wordt gesproken is zo bezien een heel breed domein: van uitkeringen, psychische hulpverlening, thuiszorg, uithuisplaatsing pleegzorg en re-integratie tot vrijwilligerswerk en activering. De verantwoordelijkheid voor het formuleren en uitvoeren van het beleid in het sociale domein verplaatst zich van het Rijk naar de gemeenten. Het sociale domein krijgt per 1 januari 2015 invulling vanuit het lokale bestuur, met lokale beleidsvrijheid, politieke ruimte en allerlei operationele verantwoordelijkheden voor de gemeenten. Dat heeft gevolgen voor de mensen die van de voorzieningen gebruik maken – of ervan afhankelijk zijn – maar ook voor de gemeenten zelf (NSOB, 2013).

De decentralisaties hebben onder meer grote financiële gevolgen voor de gemeenten. Zo wordt de jeugdzorg gedecentraliseerd naar de gemeenten met een korting op het beschikbare budget van 150 miljoen euro, en vindt de overheveling van extramurale begeleiding en verzorging vanuit de AWBZ naar de Wmo plaats met een korting van 25% voor gemeenten. Deze maatregelen zetten de financiële positie van gemeenten onder druk. Om toch kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen leveren aan burgers die dat nodig hebben, is het van belang dat de gemeentelijke zorggelden rechtmatig en doelmatig worden besteed.

De afgelopen jaren wordt er regelmatig bericht over oneigenlijk gebruik, of zelfs fraude, met zorggelden. Uit verschillende onderzoeken[1] rijst een beeld op van onrechtmatige besteding van zorggelden binnen het gehele domein van de zorg – zowel in de somatische als de geestelijke gezondheidszorg - en zowel in ziekenhuizen als in instellingen, privéklinieken, zelfstandige behandelcentra en praktijken (zie bijvoorbeeld NZa, 2013 en 2014; maar ook Sparrow, 2000). Nu een aanzienlijk deel van de zorgtakentaken per 1 januari 2015 naar gemeenten is overgeheveld, worden gemeenten niet alleen verantwoordelijk voor de preventie en opsporing van onrechtmatige besteding van zorggelden, maar hebben ze daar ook een belang bij.

Hoewel er de afgelopen jaren intensief is geïnvesteerd in de verbetering van de preventie en bestrijding van uitkeringsfraude in gemeenten (zie bijvoorbeeld Fenger en Voorberg, 2013; Fenger en Maan, 2014) is het terrein van de zorgfraude voor gemeenten relatief nieuw. Weliswaar hebben gemeenten enige ervaring met de 'oude' taken op het terrein van de Wmo zoals de huishoudelijke ondersteuning en de levering van hulpmiddelen, maar dit heeft vooralsnog niet geleid tot een systematische aanpak van fraude in het gemeentelijke

[1] Zie bijvoorbeeld: Zorgverzekeraars Nederland (2014). *Praktijkvariatierapport 7 electieve zorgaandoeningen.* Zeist: ZN, 7 april 2014.

zorgdomein. Zo is er bijvoorbeeld nog veel onduidelijkheid over de vermeende daders van fraude en oneigenlijk gebruik van zorggelden. Er is er nog weinig bekend over de achterliggende redenen van het oneigenlijk gebruik. Naar alle waarschijnlijkheid is een deel ervan het resultaat van calculerend gedrag. Toch is het niet ondenkbaar dat het in veel gevallen veel genuanceerder ligt. Niet voor niets onderscheidt Zorgverzekeraars Nederland vijf vormen van onjuiste zorgdeclaratie - namelijk technische fouten, foutieve of onterechte declaraties, fraude, oneigenlijk gebruik en ondoelmatig of ongepast gebruik[2] - waaronder dus ook onopzettelijke onjuistheden. Ook kan de inrichting van het stelsel van aanbod, afname en financiering op zichzelf onjuist of ongepast gedrag uitlokken, of kunnen er nog andere onbekende oorzaken zijn. Het is van belang om kennis te nemen van deze achterliggende oorzaken, omdat deze kennis bepalend kan zijn voor de effectiviteit van maatregelen die gericht zijn op het voorkomen of bestrijden van onjuist gebruik van zorggelden.

Binnen het domein van de Jeugdwet en de Wmo zijn er ten minste vier factoren te onderscheiden die aandacht voor de rechtmatigheid en de bestrijding van frauderisico's rechtvaardigen. Dit betreft:

1. De uitvoeringsstructuur van zowel de Jeugdwet als de Wmo is gefragmenteerd. Er zijn aparte organisaties met aparte verantwoordelijkheden voor de uitvoering, indicatiestelling, betaling, toezicht en handhaving. In veel gevallen hebben deze organisaties ook nog eens verschillende schaalniveaus;
2. Het juridisch kader voor de uitvoering van de jeugdzorg en de maatschappelijke organisaties onder gemeentelijke verantwoordelijkheid is in relatief beperkte tijd ontwikkeld en nog niet getest op fraudebestendigheid;
3. Er is een uitvoeringspraktijk waarin uitvoerende professionals hun rol nog moeten vinden en die wordt gekenmerkt door een hoge mate van improvisatie in de startfase;
4. Er is binnen het gemeentelijke zorgdomein nog nauwelijks een cultuur die gericht is op de preventie en de bestrijding van fraude. Het leveren van kwalitatief goede zorg en – in het overgangsjaar 2015 – het bieden van zorgcontinuïteit hebben voor de professionals in de gemeentelijke zorg de hoogste prioriteit. Ook is er nog weinig ervaring met de inzet van instrumenten gericht op de preventie en bestrijding van fraude.

Tegen deze achtergrond hebben de burgemeesters van Gorinchem en Hendrik-Ido-Ambacht in 2014 het initiatief genomen om een pilotproject op te starten dat antwoord moet geven op de vraag hoe oneigenlijk gebruik, misbruik en fraude van zorggelden effectief te voorkomen zijn in het gemeentelijk sociaal domein. De primaire doelstelling van de pilot is om gemeenten in staat te stellen oneigenlijk gebruik, misbruik en fraude binnen de decentralisatie van taken in de Wmo en de jeugdzorg naar de gemeenten significant te verminderen. Het project dient relevant te zijn voor grootstedelijke, klein-stedelijke en plattelandsgemeenten, zodat er een breed lerend effect wordt bereikt voor alle gemeenten. De gemeentebesturen uit de Gemeenschappelijke Regeling Drechtsteden en de gemeenten Schiedam, Cromstrijen en Gorinchem hebben zich bereid verklaard aan de pilot deel te nemen. Ook het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de VNG en het VNG Kenniscentrum Handhaving en Naleving hebben aangegeven de problematiek te erkennen en de pilot te steunen.

---

[2] Zie: Zorgverzekeraars Nederland (2014). *Toelichting persbericht controle en fraudebeheersing 2013.* Zeist: ZN, juli 2014.

De stuurgroep die zich bezig houdt met de voorbereiding van deze pilot heeft de afdeling Bestuurskunde van de Erasmus Universiteit Rotterdam in samenwerking met de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur verzocht een verkennend onderzoek uit te voeren waarin de aard en de omvang van de problematiek van de huidige situatie van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik in de Wmo en de jeugdzorg worden verkend en in kaart worden gebracht. Deze rapportage bevat de resultaten van dit onderzoek.

1.2 Probleemstelling

De doelstelling van dit onderzoek is als volgt:

Dit onderzoek levert een bijdrage aan de vermindering van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik binnen de decentralisatie van taken in de Wmo en de jeugdzorg door de aard, omvang en risico's van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik bij de uitvoering van het beleid in deze domeinen in kaart te brengen.

Uit deze doelstelling vloeien de volgende onderzoeksvragen voort:

1. Wat wordt er verstaan onder fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik van zorggelden en welke vormen daarvan zijn reeds bekend?

2. Welke partijen zijn betrokken bij de beleidsvoorbereiding, besluitvorming, uitvoering, controle en verantwoording van de gedecentraliseerde taken in de WMO en de jeugdzorg en welke opvattingen en belangen hebben zij over de preventie en opsporing van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik?

3. Hoe verloopt de uitvoering van de Wmo en de jeugdzorg, welke deelprocessen zijn daarin te onderscheiden, welke organisaties zijn daarbij betrokken en welke rol spelen zij bij de preventie en opsporing van onregelmatigheden in het gemeentelijke zorgdomein?

4. Welke risico's doen zich naar verwachting voor binnen deze deelprocessen, hoe omvangrijk zijn deze vormen en welk bedrag is daar naar verwachting mee gemoeid?

5. Wat zijn op basis van het voorgaande de meest prominente frauderisico's binnen de gedecentraliseerde taken op het gebied van Wmo en jeugdzorg, hoe zijn deze risico's te herkennen en welke rol kunnen de betrokken organisaties spelen bij het ontstaan en verminderen van deze risico's?

1.3 Opzet van de rapportage

De opzet van deze rapportage is als volgt. In hoofdstuk 2 gaan we in op de centrale begrippen in dit onderzoek en schetsen we de aanpak van het onderzoek. In hoofdstuk 3 presenteren wij onze analyse van risico's op onrechtmatige besteding van zorggelden in het kader van de Wmo in de participerende gemeenten: Drechtsteden, Cromstrijen, Gorinchem en Schiedam. In hoofdstuk 4 gaan we vervolgens in op risico's in het kader van de Jeugdwet in Zuid-Holland Zuid (een samenwerkingsverband van 19 Zuid-Hollandse gemeenten) en Schiedam. In hoofdstuk 5 schetsen we globaal de omvang van de onrechtmatige bestedingen in het gemeentelijke zorgdomein. Hoofdstuk 6 presenteert de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek en formuleert op basis hiervan aanbevelingen voor het vervolg van dit project

2. Rechtmatigheid, fraude en fraudebestrijding

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk vormt de theoretische achtergrond van het onderzoek naar rechtmatigheidsrisico's in het gemeentelijke zorgdomein in provincie Zuid-Holland. Op basis van een theoretische verkenning wordt in dit hoofdstuk een analysekader ontwikkeld waarmee de uitvoeringsprocessen in de Wmo en de Jeugdzorg worden geanalyseerd en op basis waarvan de voornaamste rechtmatigheidsrisico's in kaart kunnen worden gebracht. Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. In de volgende paragraaf gaan wij in op de voornaamste definities van zorgfraude en rechtmatigheidsrisico's. Vervolgens besteden wij in paragraaf 2.3 meer uitgebreid aandacht aan de achtergronden van fraude en de belangrijkste instrumenten van fraudebestrijding op basis van een literatuurstudie. Vervolgens bespreken wij in paragraaf 2.4 de opzet van het onderzoek.

2.2 Definities

Zorgfraude is lastig te definiëren. Er zijn veel verschillende vormen van zorg en tegelijkertijd ook veel mogelijke verschijningsvormen van fraude. In het algemeen wordt met de term 'zorgfraude' bedoeld dat er opzettelijk en doelbewust in strijd met regels wordt gehandeld met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin[3] ten aanzien van zorggelden. Hoewel deze afbakening helder en eenduidig lijkt, is de toepassing ervan in de praktijk onduidelijker dan op voorhand lijkt. Om te beginnen is het namelijk lastig om vast te stellen wanneer er 'opzettelijk en doelbewust' is gehandeld en er dus geen sprake is van een fout. Dit bemoeilijkt het maken van een onderscheid tussen deze twee categorieën. Daarnaast kent fraude veel verschillende verschijningsvormen en bovendien ook verschillende plegers. Zowel behandelaren als cliënten kunnen regels overtreden, evenals andere partijen die deel uitmaken van het proces van levering van zorg of de bijbehorende uitbetaling van zorggelden; in feite is dit iedere betrokkene die gebaat zou kunnen zijn bij het plegen van de fraude. Ten slotte kent zorgfraude vele verschijningsvormen. Personen kunnen zich ten onrechte voordoen als bevoegde behandelaren, als zodanig zorg leveren en deze declareren; behandelaren die wel bevoegd zijn kunnen zorg declareren die zij in feite niet of slechts ten dele geleverd hebben en patiënten kunnen verkregen zorggelden aan heel andere zaken besteden dan aan zorg.

Het begrip 'fraude' komt als zodanig niet voor in de Nederlandse wet- en regelgeving. Het is derhalve geen vaststaand en uitgekristalliseerd begrip. Hoewel er meestal een economisch delict mee wordt bedoeld, bijvoorbeeld valsheid in geschrifte (een overtreding van wetsartikel 225 van het Wetboek van Strafrecht), zijn er ook andere vormen van overtredingen in de zorgpraktijk die tot het ruime begrip 'zorgfraude' worden gerekend. Daarnaast worden overtredingen in de zorg niet altijd – meestal niet zelfs – afgedaan via het strafrecht. Ook via het bestuursrecht of het tuchtrecht kan fraude in de zorg bestreden worden. Elk van deze rechtsgebieden brengt eigen normen en juridische afwegingen met zich mee ten aanzien van het fraudebegrip.

Op nationaal niveau worden in veel beleidsdomeinen de begrippen 'misbruik' en 'oneigenlijk gebruik' gehanteerd. Dit zien we ook terug in de Wmo (artikel 2.1.3 lid 4) en de Jeugdwet

[3] Zie: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015). *Programmaplan Rechtmatige Zorg. Aanpak van fouten en fraude 2015-2018.* Den Haag: Rijksoverheid.

(artikel 2.9 lid d) waarin wordt gesteld dat gemeenten bij verordening regels stellen voor debestrijding van het ten onrechte ontvangen van een individuele voorziening/maatwerkvoorziening of een persoonsgebonden budget, alsmede van misbruik of oneigenlijk gebruik van de wet. Onder misbruik wordt verstaan "het bewerkstelligen of het verkrijgen of genieten van een (te hoge) uitkering of het bewerkstelligen van geen of een te geringe betaling van verplichte bijdragen aan de overheid door het bewust niet, niet tijdig, of niet volledig verstrekken van gegevens of inlichtingen" (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2015: 13). Onder oneigenlijk gebruik wordt verstaan: "het volgens de regels van de wet maar in strijd met de bedoelingen van de wettelijke bepalingen het geheel of ten dele ontlopen van een verplichte bijdrage aan de overheid of het genieten van een (te hoge) uitkering" (idem).

Binnen het domein van de zorg wordt daarnaast gewezen op de rol van administratieve fouten, die eigenlijk niet in de definitie van misbruik noch in die van oneigenlijk gebruik zijn onder te brengen. Zo heeft Zorgverzekeraars Nederland in 2013 een typologie van onjuistheden geformuleerd (tabel 2.1).

Type onjuistheid	Omschrijving
Technische fout	Een declaratie is niet in orde omdat het niet voldoet aan alle technische voorwaarden voor een declaratie
Foutieve of onterechte declaratie	Een declaratie is fout en had niet op de betreffende wijze gedeclareerd mogen worden, bijvoorbeeld omdat het tarief niet juist is, omdat de verwijzing ontbreekt, omdat er niet voldaan is aan de vergoedingsvoorwaarden of omdat de behandeling niet heeft plaatsgevonden, maar wel (opzettelijk) is gedeclareerd
Fraude	Een onjuiste declaratie wordt aangemerkt als fraude als er voldaan is aan drie criteria: er moet een regel overtreden zijn; er moet een bepaald voordeel (wederrechtelijk voordeel) mee verkregen zijn en er moet sprake zijn van bewust handelen (opzet). Anders is er sprake van een fout
Oneigenlijk gebruik	Een declaratie is volgens de regels wel toegestaan (naar 'de letter van de wet'), maar druist desondanks in tegen 'de geest van de wet'
Ondoelmatig/ongepast gebruik	Een declaratie is in overeenstemming met geleverde zorg, maar het is de vraag of de behandeling noodzakelijk was volgens de 'stand der wetenschap en techniek'

Tabel 2.1 Typologie van onjuistheden in de zorg
Bron Zorgverzekeraars Nederland, 2013

Het bovenstaande laat dus zien dat het verschijnsel van onterechte of onjuiste declaraties in de zorg veel meer omvat dan uitsluitend datgene wat in het dagelijkse spraakgebruik als fraude' wordt aangemerkt. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) komt tot een dergelijke brede karakterisering van mogelijke overtredingen in de zorg. In haar rapport 'Onderzoek Zorgfraude' (2013) presenteert de NZa een gedetailleerde typologie van mogelijke

overtredingen komt die grotendeels is gebaseerd op Sparrow, 2000. Tabel 2.2 geeft hiervan een schematisch overzicht.

Categorie	Patiënt	Behandeling	Type declaratie
Spookzorg	Niet gezien door zorgaanbieder	Niet geleverd	Frauduleuze declaratie
	Gezien door zorgaanbieder	Niet geleverd	Frauduleuze declaratie
Niet-vergoede zorg	Gezien door zorgaanbieder	Onverzekerde zorg	Frauduleuze declaratie
Declaratie-overtredingen	Gezien door zorgaanbieder	Gepaste zorg	Dubbele declaratie
	Gezien door zorgaanbieder	Gepaste zorg	Opknippen
	Gezien door zorgaanbieder	Gepaste zorg	Opcoderen
Fraude tegen de patiënt	Onnodige eigen bijdrage	Gepaste zorg	Correct
	U-bocht	Gepaste zorg	Opknippen, dubbele bekostiging
	Vergoeding voor verwijzing	Gepaste zorg	Correct
Ongepast gebruik	Gezien door zorgaanbieder	Overbehandeling	Correct, maar onnodig hoog
	Gezien door zorgaanbieder	Onderbehandeling	Correct, maar onnodig laag

Tabel 2.2 Vormen van zorgfraude (gebaseerd op NZa, 2013 en Sparrow, 2000)

We zullen de in tabel 2.2 gepresenteerde vormen nog kort toelichten. Bij *spookzorg* gaat het om niet geleverde zorg die wel door de aanbieder wordt gedeclareerd. Bij *niet-vergoede zorg* wordt zorg gedeclareerd die in principe niet wordt vergoed of alleen onder bepaalde voorwaarden (bijvoorbeeld op grond van een medische indicatie) wordt vergoed. Bij *declaratie-overtredingen* komt de zorg in principe wel voor vergoeding in aanmerking, maar ontstaan in het proces van declaratie onregelmatigheden, bijvoorbeeld door dezelfde zorg tweemaal te declareren (bij bijvoorbeeld de gemeente in het kader van de Wmo en de zorgverzekeraar in het kader van de Wlz) of door duurdere zorg te declareren dan in feite geleverd. Bij *fraude tegen de patiënt* wordt met name de patiënt gedupeerd, door bijvoorbeeld onterecht een eigen bijdrage voor bepaalde diensten te vragen (zoals toiletpapier in een verzorgingstehuis) of door een vergoeding voor verwijzing te vragen (aan

de patiënt of aan de partij waarnaar wordt verwezen). Tot slot zijn er vormen van *ongepast gebruik*. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen 'overbehandeling' (bijvoorbeeld door bij fysiotherapie het aantal geïndiceerde behandelingen 'op' te maken terwijl de patiënt reeds is genezen) en 'onderbehandeling' (wanneer de zorgaanbieder bijvoorbeeld een vaste vergoeding krijgt voor een patiënt waarmee diverse medische handelingen moeten worden betaald).

In dit rapport richten wij ons op twee vormen van zorg waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn: zorg in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en zorg die valt onder de Jeugdwet. Wij maken daarom in het kader van dit onderzoek gebruik van de definitie van zorgfraude van het Ministerie van VWS: er is sprake van fraude wanneer opzettelijk en doelbewust in strijd met regels wordt gehandeld met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin.[4] Tegelijkertijd richten wij ons in dit onderzoek ook op andere risico's in het gemeentelijke zorgdomein, zoals het risico van administratieve fouten. De achtergrond van dit onderzoek ligt in de wens van de betrokken gemeenten om zorgkosten in het gemeentelijke domein zo goed mogelijk te beheersen door rechtmatigheidsrisico's te minimaliseren. Tegen deze achtergrond achten wij het van belang om een brede interpretatie van het begrip fraude te hanteren, waarbij het niet alleen gaat om opzettelijke fraude, maar juist ook om onopzettelijke vormen en ongepast gebruik. Bij *rechtmatigheidsrisico's* maken wij een onderscheid tussen fouten en fraude, bij *risico's van ongepast gebruik* maken wij een onderscheid tussen overbehandeling en onderbehandeling. De gehele verzameling van rechtmatigheidsrisico's en risico's van ongepast gebruik duiden wij aan als *onjuistheden.* De categorie 'rechtmatigheidsrisico's' is dus breder dan datgene wat in de Wmo en de Jeugdwet wordt aangeduid met 'misbruik', maar het gaat hier wel om risico's die in strijd zijn met de wet. De categorie 'ongepast gebruik' vertoont overlap met de categorie 'oneigenlijk gebruik' uit de wetteksten, maar bevat een nadere specificering. Vandaar dat wij er in dit onderzoek de voorkeur aan geven om de begrippen te hanteren zoals die door het Ministerie van VWS in het Programmaplan Rechtmatige Zorg worden gehanteerd. Tabel 2.3 geeft een overzicht van de definities die wij in dit onderzoek hanteren.

[4] Zie: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015). *Programmaplan Rechtmatige Zorg. Aanpak van fouten en fraude 2015-2018.* Den Haag: Rijksoverheid.

Type onjuistheden	Vormen	Omschrijving
Rechtmatigheidsrisico's	Fouten	Regels worden als gevolg van onduidelijkheid of vergissingen onbedoeld overtreden
	Fraude	Er wordt opzettelijk en doelbewust in strijd met regels gehandeld met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin
Risico's van ongepast gebruik	Overbehandeling	Declaraties zijn technisch in orde, maar medisch gezien niet strikt noodzakelijk
	Onderbehandeling	Declaraties zijn technisch gezien in orde, maar medisch gezien onvoldoende om de problemen van de patiënt adequaat te adresseren

Tabel 2.3 Definities die in dit onderzoek worden gehanteerd

2.3 Fraudebeheersing: theoretische achtergronden

Om de aard en omvang van fraude in het gemeentelijk zorgdomein te kunnen analyseren, is het allereerst van belang om inzicht te krijgen in de achtergronden en oorzaken van het ontstaan van fraude. Vandaar dat in deze paragraaf een kort overzicht wordt gegeven van de belangrijkste theoretische inzichten over fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik. Wij starten met een korte bespreking van de inzichten in het gedrag van fraudeurs (2.3.1). Daarna bespreken wij de Tafel van elf, die aangeeft welke factoren van invloed zijn op de naleving of overtreding van regels door burgers en organisaties (2.3.2). Daaruit voortvloeiend ontwikkelen wij het model van de belangendriehoek in het gemeentelijke zorgdomein, dat dient als kader voor de uitvoering van onze analyses van de aard en omvang van zorgfraude in het gemeentelijk domein in de regio Zuid-Holland (2.3.3).

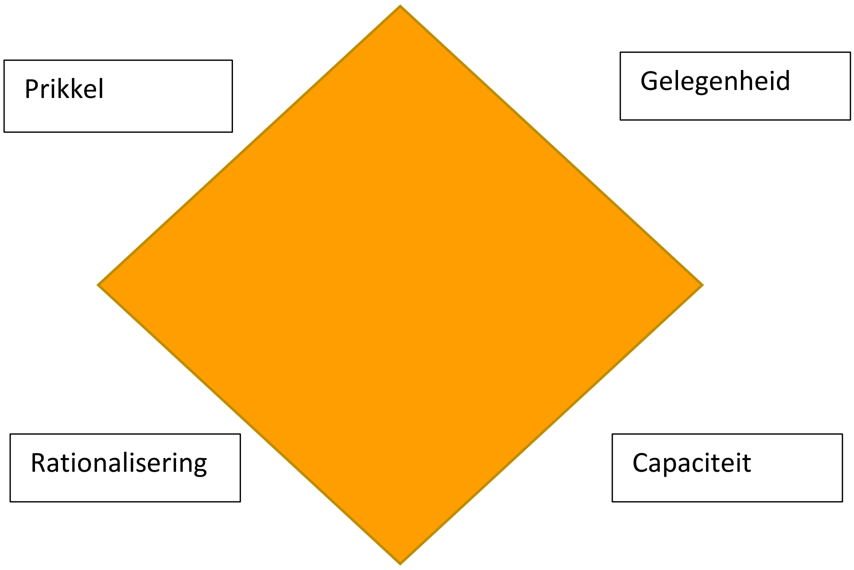
2.3.1 Het ontstaan van fraude

Een van de meest bekende modellen die het ontstaan van fraude verklaren, is de zogeheten fraudedriehoek die in de jaren '50 door Donald Cressey is ontwikkeld. Cressey (1950) stelt dat er drie condities noodzakelijk zijn voor het plegen van fraude: (1) een financiële aanleiding; (2) de gelegenheid om fraude te plegen; en (3) een rationalisering (zie ook Dorminey et al., 2012). Volgens Cressey (idem) komt de *financiële aanleiding* om fraude te plegen meestal voort uit een financieel probleem dat door de fraudeur voor zichzelf wordt gehouden en waarvoor hij geen hulp zoekt. Latere auteurs (bijvoorbeeld Wolfe & Hermanson, 2004) spreken meer in het algemeen van financieel gewin als een 'prikkel' om fraude te plegen. De *gelegenheid* om fraude te plegen komt voort uit de inschatting van de fraudeur dat de controlesystemen zwak zijn en dat de kans om gepakt te worden beperkt is. Een gedetailleerde kennis van de sterktes en zwaktes van de organisatieprocessen en de administratieve organisatie maken de gepercipieerde gelegenheid doorgaans groter en de gepercipieerde pakkans doorgaans kleiner (zie ook Wolfe & Hermanson, 2004). Cressey

(idem) betoogt dat fraudeurs zichzelf dikwijls niet als criminelen zien. Zij *rationaliseren* hun frauduleuze gedrag zowel vooraf als achteraf met een verwijzing naar de bijzondere omstandigheden die het overschrijden van ook hun eigen morele normen 'voor deze ene keer' rechtvaardigen.

Wolfe & Hermanson (2004) hebben aan deze driehoek een vierde element toegevoegd: de *capaciteiten* van de fraudeur. Deze capaciteiten bepalen mede of een voornemen tot frauderen ook succesvol kan worden omgezet in het plegen van fraude. Bij deze capaciteiten gaat het enerzijds om de positie en functie van de (potentiële) fraudeur, anderzijds gaat het om persoonlijke eigenschappen als intelligentie, zelfvertrouwen, overtuigingskracht, vermogen tot liegen en stressbestendigheid. De toevoeging van dit element maakt van de fraudedriehoek een 'fraudediamant' (zie figuur 2.1). Al deze benaderingen van fraude gaan uit van individuele fraudeurs. In de praktijk zien we echter ook dat organisaties of zelfs sectoren in meer of minder georganiseerde mate fraude plegen.

Figuur 2.1 De fraudediamant (gebaseerd op Wolfe en Hermanson, 2004).



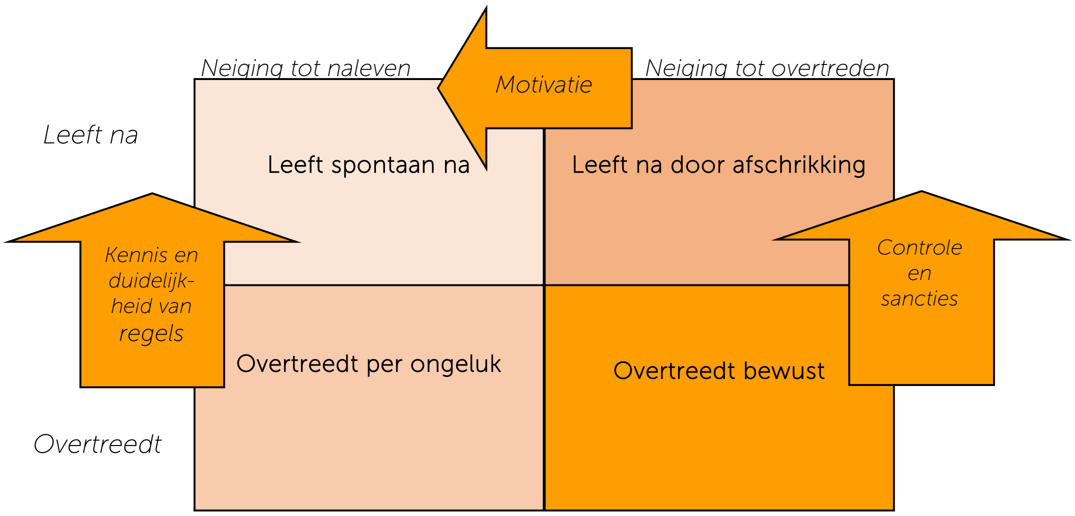
Elk van de vier elementen van de fraudediamant biedt aanknopingspunten voor de bestrijding van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik. Dorminey et al (2012) beschrijven dat er drie categorieën anti-fraudemaatregelen kunnen worden onderscheiden: preventie, afschrikking en detectie. Bij preventie gaat het om het zodanig inrichten van de regels en processen dat de prikkel om te frauderen wordt verminderd of dat de mogelijkheden om te frauderen worden verkleind. Bij afschrikken gaat het erom dat gegeven bepaalde regels en werkprocessen de geneigdheid tot fraude, misbruik of oneigenlijk gebruik zo klein mogelijk wordt gemaakt. Bij detectie gaat het om het daadwerkelijk opsporen van fraude. Detectie heeft uiteraard ook raakvlakken met afschrikken. Dorminey et al. (idem) geven binnen elk van deze categorieën een aantal voorbeelden van concrete maatregelen die kunnen worden genomen. Tabel 2.4 geeft hiervan een beknopt overzicht.

Anti-fraude strategie	Voorbeelden
Preventie	- Interne controle - Verkleinen prikkel - Creëren van een ethische cultuur
Afschrikken	- Strenge 'toon' aan de top van de organisatie - Robuuste ethische cultuur - Passende controle omgeving - Betekenisvolle voorschriften - Open communicatie met medewerkers, aanbieders en klanten - Monitoring van medewerkers en contractpartijen - Meldpunt voor klokkenluiders - Bescherming van klokkenluiders - Protocol bij overtredingen - Pro-actieve auditing
Detectie	- Sluitende controle - Opsporing op basis van risico-analyses

Tabel 2.4 Mogelijke anti-fraudemaatregelen (gebaseerd op Dorminey et al. 2012)

2.3.2 De naleving van regels

Een groot deel van de wetenschappelijke literatuur over fraude richt zich specifiek op vraagstukken van fraude binnen organisaties. Dit onderzoek richt zich echter op een breder domein, namelijk de zorgfraude in het gemeentelijk domein. Dit betekent dat het netwerk waarin dit beleid wordt uitgevoerd breder is. Enerzijds hebben we te maken met organisaties die belast zijn met de uitvoering van de zorg, anderzijds hebben we ook te maken met burgers in hun rol als klanten van deze zorgaanbieders. Ook burgers kunnen de regels overtreden.



Figuur 2.2 Een model van nalevers en overtreders

Waar het gaat om de naleving van regels door burgers is in Nederland de zogeheten Tafel van elf (CCV, 2010) een veelgebruikt instrument om het nalevingsgedrag van burgers te analyseren. Centraal in de Tafel van elf staat een eenvoudig gedragsmodel. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen burgers en organisaties als doelgroepen van beleid die – gegeven hun houding ten opzichte van het beleid en hun eigen voorkeuren – geneigd zijn het beleid na te leven en doelgroepen die geneigd zijn tot overtreden van het beleid. Vervolgens wordt een onderscheid gemaakt tussen doelgroepen die de regels feitelijk naleven en burgers die de regels feitelijk overtreden. In de ideale situatie zijn doelgroepen geneigd de regels na te leven en leven ze ook feitelijk na. In de meest ongunstige situatie zijn de doelgroepen niet geneigd de regels na te leven en leven ze ook niet na. Doelgroepen die geneigd zijn tot naleving maar dat niet doen, overtreden de regels per ongeluk. Communicatie en voorlichting zijn dan instrumenten die voor deze groep kunnen worden toegepast om de naleving te bevorderen. Doelgroepen die geneigd zijn tot overtreden en ook feitelijk overtreden kunnen door middel van controle en sancties ertoe worden gebracht om de regels na te leven. De vraag is echter hoe duurzaam deze situatie is: als de controle afneemt of de sancties uitgewerkt zijn, bestaat de kans dat zij weer in hun oude gedrag vervallen. Vandaar dat het zinvol kan zijn om de neiging tot naleving te vergroten. Hiervoor kan de inzet van motiverende instrumenten nodig zijn die de doelgroep overtuigen van de baten van het gewenste gedrag.

Op basis van dit model benoemt de Tafel van elf een elftal dimensies die van invloed zijn op zowel de neiging tot naleving als het feitelijke nalevingsgedrag. De Tafel van elf bestaat uit nalevingsdimensies en handhavingsdimensies. Nalevingsdimensies schatten in hoe groot de kans is dat burgers vrijwillig de regels naleven, handhavingsdimensies zijn bedoeld om in te schatten in welke mate handhaving bijdraagt aan de naleving van de regels. De volgende dimensies worden onderscheiden:

Nalevingsdimensies

1. Kennis van regels. Hierbij gaat het om de vraag of de burgers de regels kennen die zij moeten naleven en of deze regels voldoende duidelijk zijn.

2. Kosten en baten van overtreden en naleven. Hierbij gaat het om de materiële en immateriële kosten en baten van zowel het overtreden als het naleven van de regels;

3. Mate van acceptatie. Dit betreft de mate waarin de doelgroep de doelen van het beleid en de instrumenten van het beleid acceptabel vindt.

4. Gezagsgetrouwheid van de doelgroep. Deze dimensie heeft betrekking op de mate waarin de doelgroep bereid is zich te conformeren aan de normen en waarden van de overheid of andere belangrijke actoren.

5. Niet-overheidscontrole. Dit betreft de mate waarin de doelgroep van het beleid door de omgeving wordt aangesproken op overtredingen van de regels. Dit kan de sociale omgeving betreffen, in dat geval wordt er gesproken van sociale controle. Het kan echter ook betrekking hebben op vormen van horizontaal toezicht, bijvoorbeeld door een beroepsgroep van medici.

Handhavingsdimensies

6. Meldingskans. Hiermee wordt bedoeld de kans dat een overtreding zonder controle door de overheid toch aan het licht komt, bijvoorbeeld door anonieme tips.

7. Controlekans. Dit betreft de kans dat overtreders door overheidscontrole worden gecontroleerd. Dit kan zowel administratieve controles betreffen als materiële controles.
8. Detectiekans. Hierbij gaat het om de kans dat een overtreding ook daadwerkelijk wordt vastgesteld als er een overtreding heeft plaatsgevonden.
9. Selectiviteit. Deze dimensie heeft betrekking op de inrichting van het controle-instrumentarium. Van selectiviteit is sprake als overtreders, bijvoorbeeld door vormen van risico-selectie, vaker worden gecontroleerd dan 'nalevers'.
10. Sanctie-kans. Dit betreft de kans dat na vaststelling van een overtreding ook daadwerkelijk een sanctie wordt opgelegd.
11. Sanctie-ernst. Dit betreft de hoogte van de sanctie die wordt opgelegd.

De Tafel van elf bouwt voort op de eerder behandelde inzichten over de achtergronden van fraude. De meerwaarde van dit model is dat het een aantal van de onderdelen van de fraudediamant – met name gelegenheid en prikkel – concreter specificeert waardoor er ook meer gericht beleid op kan worden gevoerd. Vandaar dat de Tafel van elf in dit onderzoek een nuttige bijdrage levert aan de analyse van het fraudebestrijdingsinstrumentarium zoals dat door gemeenten wordt ingezet of ingezet kan worden.

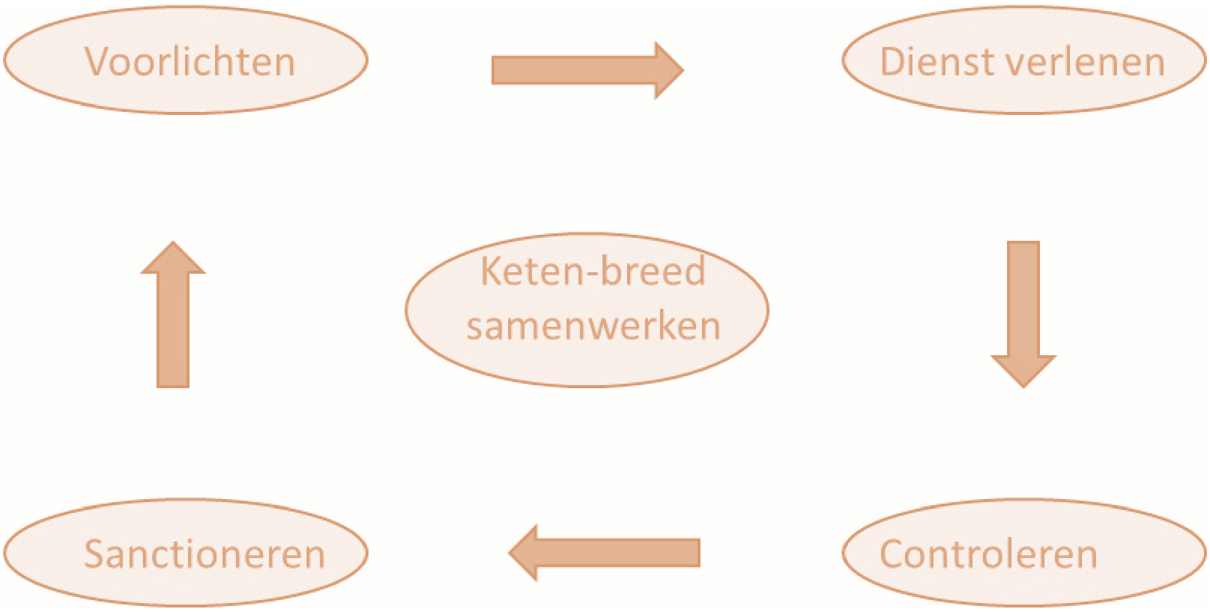
2.3.3 De cirkel van naleving

Nauw verbonden met het voorgaande is de zogeheten 'Cirkel van naleving' die in het domein van de Wet Werk en Bijstand is ontwikkeld en ten grondslag ligt aan programmatisch handhaven. Deze cirkel bestaat uit de volgende elementen:

- Vroegtijdig informeren. Fraudebestrijding begint al bij het allereerste contact dat burgers en bedrijven hebben met de overheid. Er dient duidelijk te worden gecommuniceerd over wie onder welke voorwaarden in aanmerking komt voor een regeling en wie niet. Vervolgens dient duidelijk te zijn wat de gevolgen zullen zijn wanneer ten onrechte een beroep wordt gedaan op een regeling.
- Dienstverlening optimaliseren. Bij een optimale dienstverlening worden rechtmatige aanvragen tijdig en op kwalitatief hoogwaardige wijze gehonoreerd, onterechte aanvragen worden tijdig en op kwalitatief hoogwaardige wijze afgewezen. In het dienstverleningsproces zijn waarborgen ingebouwd die de kans op 'ten onrechte honoreren' minimaliseren.
- Controleren. Zowel vanuit het perspectief van burgers en bedrijven als vanuit het perspectief van overheidsinstellingen is het noodzakelijk dat onregelmatigheden zo snel mogelijk worden opgespoord en beëindigd. Een belangrijk hulpmiddel daarbij is dat zowel 'harde' informatie uit bijvoorbeeld andere databestanden als 'zachte' informatie als vermoedens van consulenten en al dan niet anonieme meldingen in de gehele keten waar mogelijk gedeeld worden en dat er zo spoedig mogelijk op wordt geanticipeerd.
- Daadwerkelijk sanctioneren. Sanctioneren is het sluitstuk van de cirkel van naleving. Daar waar bewuste fraude heeft plaatsgevonden, dient sanctioneren zowel het doel van het terugvorderen van het wederrechtelijk verkregen voordeel als het doel van de afschrikking van toekomstige potentiële fraudeurs en vergelding vanuit het

rechtvaardigheidsgevoel van de samenleving als geheel. Uiteraard dienen deze afschrikking en vergelding proportioneel te zijn in verhouding tot de ernst van de overtreding.

Schematisch kan de 'Cirkel van naleving' als volgt worden weergegeven:



Figuur 2.1 De cirkel van naleving (aangepast van Divosa, 2013, p. 7)

Daar waar de eerder genoemde theorieën fraude vanuit het perspectief van een criminele activiteit beschouwen, zien zowel de 'Tafel van elf' als de 'Cirkel van naleving' fraudebestrijding als een integraal onderdeel van het beleidsproces. Daarmee verschuift de aandacht deels van de 'fraudeur' en het afschrikken en opsporen daarvan naar het ontwikkelen van organisatorische randvoorwaarden die de kans op fraude minimaliseren (preventie) en de kans op detectie van onrechtmatigheden maximaliseren in elke fase van de uitvoering.

In dit onderzoek koppelen we beide perspectieven aan elkaar. Maar in het complexe netwerk van het gemeentelijke zorgdomein kunnen onrechtmatigheden twee bronnen hebben: zowel de ontvanger van de zorg als de aanbieder van de zorg kunnen – bewust of onbewust – de oorzaak van onrechtmatigheden zijn. Dit betekent dus ook dat de prikkel tot fraude bij elk van deze actoren kan liggen. En dat organisatorische randvoorwaarden zich dus op elk van deze actoren zouden moeten richten. Een goed begrip van de belangendriehoek in het domein van de gemeentelijke zorg is dan ook noodzakelijk voor het opsporen en beperken van mogelijke frauderisico's. Vandaar dat wij in de volgende paragraaf hierop ingaan.

2.3.4 De belangendriehoek in het gemeentelijke zorgdomein

Het onderzoek dat tot nu toe is aangehaald, beschouwt fraude primair vanuit een duale relatie: tussen de fraudeur en de organisatie waarbij wordt gefraudeerd. In het gemeentelijke zorgdomein is echter sprake van een tripartiete relatie tussen de zorgaanbieder, de klant en de gemeente in de rol van financier. Vanuit het perspectief van gemeenten heeft deze relatie

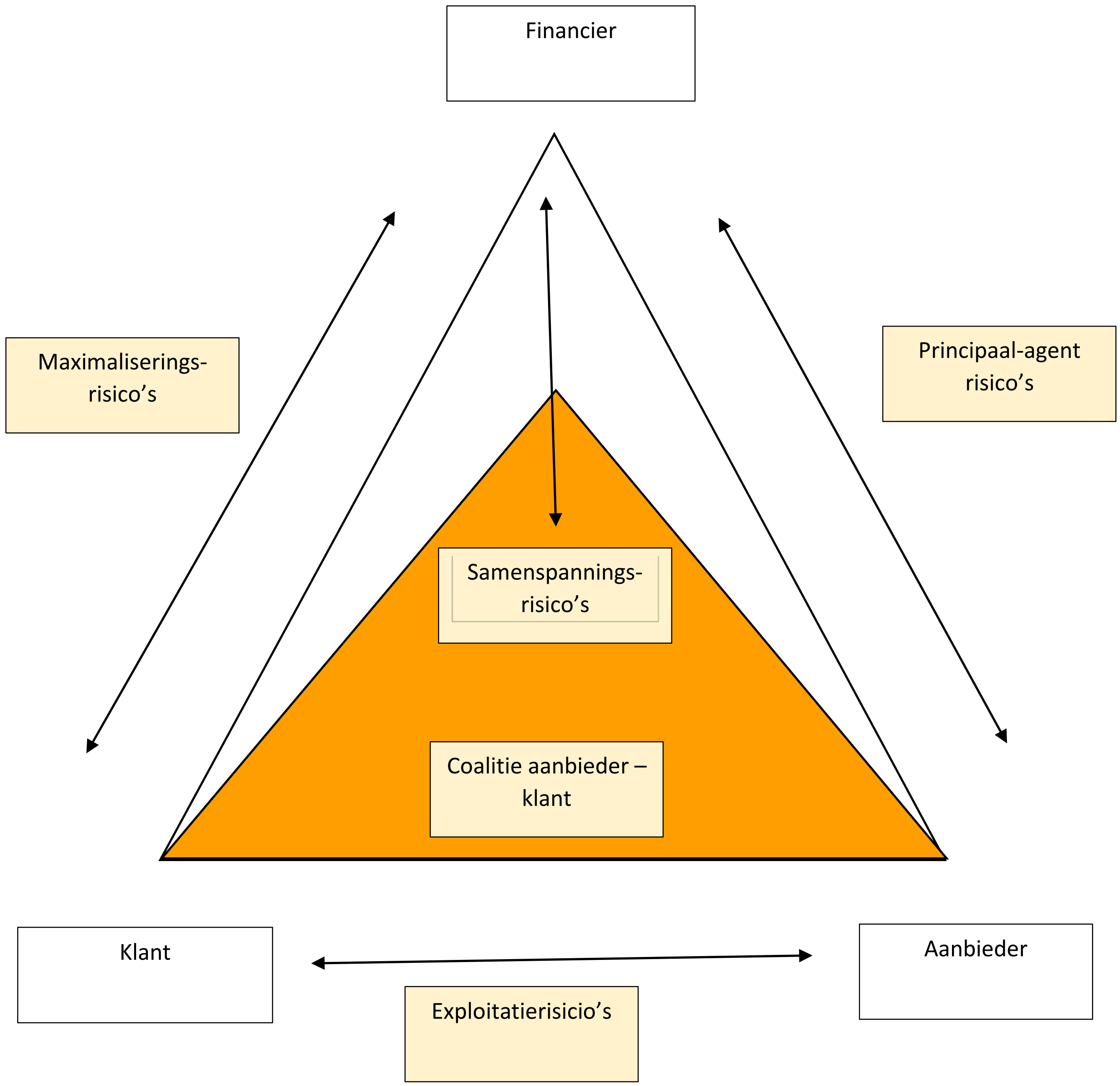
ook nog een complex karakter omdat het aantal klanten en zorgaanbieders groot is en er vooral binnen de groep zorgaanbieders aanzienlijke verschillen bestaan in de omvang en mate van professionaliteit.

Binnen de driehoeksrelatie gemeenten, klanten en zorgaanbieders bestaat in principe een spanningsvolle verhouding. Zo kan worden gesteld dat het belang van zorgaanbieders in principe is om zoveel mogelijk zorg tegen hoge tarieven aan te bieden, terwijl het belang van gemeenten is om spaarzaam met de beschikbare middelen om te gaan. Op vergelijkbare wijze zullen klanten zoveel mogelijk kwalitatief hoogwaardige zorg willen ontvangen van zowel de zorgaanbieder als de gemeente. Door de Belastingdienst is in het kader van de problemen rondom fraude door kinderopvanginstellingen het concept van de belangendriehoek[5] geïntroduceerd. Het idee hierbij is dat door het inzetten van de juiste arrangementen de spanningen tussen de verschillende partijen in de belangendriehoek kunnen worden gebruikt om de rechtmatigheid van het systeem te bevorderen. Door bijvoorbeeld ouders een eigen bijdrage per uur geleverde kinderopvang te laten betalen, wordt de prikkel bij kinderopvanginstellingen om niet geleverde opvanguren in rekening te brengen verkleind en wordt het belang van de afnemer om te controleren of gedeclareerde uren ook echt zijn geleverd, vergroot.

Deze belangendriehoek is volgens ons ook in het gemeentelijke zorgdomein een nuttig analysemodel om rechtmatigheids- en doelmatigheidsrisico’s te identificeren en beheersen. Door op een goede wijze gebruik te maken van preventieve instrumenten, afschrikking, controle en toezicht is het mogelijk de belangen binnen de driehoeksrelaties met elkaar in evenwicht te brengen. Figuur 2.4 geeft deze belangendriehoek en de rechtmatigheidsrisico’s die daaruit voortvloeien schematisch weer. In het vervolg van deze paragraaf lichten wij de relaties in deze figuur en de risico’s die daaruit voortvloeien nader toe.

De relatie tussen de gemeenten en de zorgaanbieder heeft alle kenmerken van een klassieke principaal-agent relatie. Een dergelijke principaal-agent relatie heeft twee kenmerken. Het eerste kenmerk is dat er tussen de principaal (opdrachtgever) en de agent (opdrachtnemer) een belangentegenstelling is. Het tweede kenmerk is dat er sprake is van informatie-asymmetrie: de agent beschikt over meer informatie over zijn activiteiten en doelen dan de principaal. Door deze twee kenmerken heeft de agent de mogelijkheid om zijn eigen doelen boven die van de principaal te stellen en zijn eigen opbrengsten te maximaliseren. Om deze principaal-agentrisico’s te verkleinen kunnen opdrachtgevers enerzijds proberen in de vormgeving van contracten de belangentegenstelling te minimaliseren, anderzijds kunnen ze door monitoring hun informatiepositie ten opzichte van de agent vergroten. In de literatuur wordt ook het opbouwen van onderling vertrouwen als een goed alternatief beschouwd voor gedetailleerde contractafspraken en monitoring (zie bijvoorbeeld Schillemans, 2007).

[5] Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Kamerbrief Fraude met toeslagen in de gastouderopvang*, 21 april 2014.



Figuur 2.4 De belangendriehoek in het gemeentelijke zorgdomein

De relatie tussen financier en klant wordt gekenmerkt door wat wij noemen maximaliseringsrisico's. Wanneer voor de klant geen directe kosten aan zijn zorgvraag zijn verbonden, zal hij in het geval van een zorgvraag in het algemeen geneigd zijn om een uitgebreid mogelijke voorziening of behandeling te willen ontvangen. In het gemeentelijke zorgdomein gaat het om de gezondheid van klanten, een van de meest kostbare goederen die zij bezitten. Daarmee wensen zij geen risico te lopen, dus zullen zij daar waar mogelijk kiezen voor zo uitgebreid mogelijke behandelingen of voorzieningen. Tevens bestaat het risico dat de klant zorg aanvraagt die hij niet nodig heeft. Onder de oude pgb-systematiek kon de klant deze middelen voor andere doelen aanwenden, maar dit risico is voor individuele klanten met de instelling van trekkingsrechten grotendeels ondervangen.

Zeker na de decentralisaties in de zorg hebben gemeenten in hun rol als financier een sterke noodzaak om de zorgkosten te beheersen, maar deze noodzaak wordt door de klanten niet gevoeld. Maar zowel voor klanten zelf als voor de gemeenten in hun rol als financier is het

moeilijk, zo niet onmogelijk, om vast te stellen wat de daadwerkelijke zorgbehoefte van een klant is. Gemeenten kunnen weliswaar beleidsregels ontwikkelen of protocollen voor indicaties, maar het is de vraag in hoeverre deze recht doen aan de gevraagde en feitelijke zorgbehoefte van de klant.

In de relatie tussen klant en aanbieder is eveneens sprake van een belangentegenstelling. Daar waar de klant binnen de geïndiceerde zorgbehoefte een maximale hoeveelheid zorg wil, is het juist in het belang van de zorgaanbieder om binnen de geïndiceerde zorgbehoefte en de gecontracteerde zorg zo efficiënt mogelijk met de beschikbare middelen om te gaan. Omdat zorg en verzorging ondoorzichtige producten zijn, is het voor de klant moeilijk in te schatten of hij de zorg geleverd krijgt waarop hij recht heeft en of deze zorg van de kwaliteit is die hij mag verwachten. Kwaliteitscontroles kunnen een middel zijn om deze risico's te verminderen, maar ook duidelijke voorlichting aan de klant over de inhoud van zijn indicatie kan een nuttig hulpmiddel hierbij zijn.

Tot slot bestaat het risico dat klant en aanbieder samen gebruik maken van de zwakke informatiepositie van de financier. Dit kan veel verschillende vormen aannemen en de belangen kunnen verschillende richtingen oplopen. Een voorbeeld is een situatie waarin de klant zijn beperkingen ernstiger doet voorkomen dan ze zijn, waardoor zwaardere zorg wordt geïndiceerd en de zorgaanbieder aanbiedt om in ruil daarvoor extra activiteiten voor de klant te ondernemen. In het huidige systeem van pgb's bestaat dit risico ook nog steeds, bijvoorbeeld wanneer aanbieder en klant samen overeenkomen om een papieren werkelijkheid van zorglevering en –afname te creëren en in de praktijk de middelen verdelen en voor andere doelen aanwenden.

In tabel 2.5 vatten we de bovenstaande risico's nog eens kort samen. Daarbij willen wij benadrukken dat deze risico's in alle relaties in principe alle onjuistheden kunnen betreffen die wij in paragraaf 2.2 hebben omschreven: zowel fouten als fraude, onderbehandeling en overbehandeling.

Relatie	Risico	Omschrijving	Mogelijke oplossingen
Financier-aanbieder	Principaal-agent	Aanbieder maximaliseert opbrengsten en minimaliseert inspanningen	Objectieve indicatie Administratieve controle Fysieke controle Gezamenlijk belang Vertrouwen Resultaatsturing
Klant-financier	Maximalisering	Klant wil maximale zorg Klant wendt inkomsten voor andere doelen aan	Objectieve indicatie Doelfinanciering/trekkingsrecht Verlagen prikkel door eigen bijdrage of verlagen tarieven
Aanbieder-klant	Exploitatie	Geïndiceerde zorg wordt kwantitatief niet geleverd Geïndiceerde zorg wordt kwalitatief niet geleverd	Controle op kwaliteit door klant Controle op geleverde zorg door klant Klant medeverantwoordelijk maken
Coalitie klant/ aanbieder – financier	Samenspanning	Aanbieder en klant vinden elkaar	Fysieke controle Resultaatsturing

Tabel 2.5 Risico's in de belangendriehoek

2.4 De aanpak van het onderzoek

In het voorgaande hebben wij een breed perspectief op fraude ontwikkeld. Daarbij is gebruik gemaakt van literatuur uit verschillende hoeken. Dit onderzoek richt zich echter op een verkenning van de rechtmatigheidsrisico's in het gemeentelijke sociale domein. Uit het bovenstaande kunnen wij afleiden dat fraude, fouten en ongepaste zorg geen zaak zijn van een individuele zorgklant of een individuele zorgaanbieder. Om een goed beeld te krijgen van de rechtmatigheidsrisico's is het noodzakelijk een helder inzicht te hebben in de wijze waarop het zorgproces verloopt, de prikkels en risico's die in dit proces zitten en de controlemechanismen die er deel van uitmaken. Vandaar dat wij ervoor gekozen hebben om de uitvoeringsprocessen voor de Wmo en de Jeugdzorg als centraal uitgangspunt van onze analyse te nemen. Daarbij worden deze processen opgedeeld in verschillende deelprocessen. Daarnaast worden verschillende productgroepen onderscheiden voor zover deze productgroepen tot verschillen in de vormgeving van het uitvoeringsproces leiden. Tabel 2.6 bevat de tabel die wij hebben gebruikt om deze processen in kaart te brengen. In de rijen van de tabel staan de verschillende processtappen zoals die in de beide wetten worden onderscheiden of in de uitvoeringspraktijk worden gehanteerd. In de kolommen zijn vier aspecten benoemd die van belang zijn om de risico's op fraude, fouten en ongepast gebruik te kunnen begrijpen. De kolom *processtap* geeft een beknopte weergave van de inhoud van elke processtap. De kolom *betrokken netwerk* geeft aan welke partijen hierbij betrokken zijn. De kolom *prikkels* geeft aan welke eventuele prikkels voor fraude, fouten of ongepast gebruik zich in deze processtap kunnen voordoen. De kolom *organisatorische maatregelen* geeft aan welke maatregelen door gemeenten worden genomen om de rechtmatigheid van de geleverde zorg te waarborgen.

	Korte inhoud van de processtap	Betrokken netwerk	Prikkels	Organisatorische maatregelen
Melden				
Onderzoek				
Aanvraag				
Besluit				
Aanbieder selecteren				
Uitvoeren				
Betalen				
Controleren				

Tabel 2.6 Analysetabel

Op grond van een bestudering van de gemeentelijke beleidsdocumenten, interviews met stakeholders, en gesprekken en focusgroepbijeenkomsten met consulenten en leidinggevenden zijn voor elke processtap de verschillende aspecten in kaart gebracht.

Daarbij is voor de Wmo het proces binnen de Sociale Dienst Drechtsteden gedetailleerd in kaart gebracht, waarna deze bevindingen aan vertegenwoordigers van de andere gemeenten die in dit onderzoek participeren (Cromstrijen, Gorinchem en Schiedam) zijn voorgelegd om na te gaan in hoeverre de inhoud van de processtappen of de aard van de risico's verschilt.

Om de risico's op het terrein van de Jeugdzorg te identificeren zijn wij op vergelijkbare wijze te werk gegaan als bij de Wmo. Een groot verschil is echter dat alle gemeenten die bij dit onderzoek betrokken zijn in de Serviceorganisatie Jeugd Zuid-Holland-Zuid participeren met uitzondering van Schiedam. Op basis van een analyse van documenten en gesprekken en een focusgroepbijeenkomst binnen de Serviceorganisatie Jeugd en de Jeugdteams zijn de verschillende processtappen en de daaruit voortvloeiende risico's in kaart gebracht. Vervolgens zijn deze bevindingen voorgelegd aan vertegenwoordigers van de gemeente Schiedam om de processen en risico's in Schiedam te vergelijken met deze in Zuid-Holland-Zuid. De bevindingen van de analyse voor de Jeugdzorg worden in hoofdstuk 4 gepresenteerd.

3. Rechtmatigheidsrisico's in de Wmo

3.1 Inleiding

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Deze wet is er op gericht dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en daarbij de ondersteuning krijgen die ze nodig hebben (Rijksoverheid, 2015). Sinds 1 januari 2015 is de Wmo 2015 ingevoerd. Deze wet heeft een aantal wijzigingen ten opzichte van de Wmo zoals die in 2007 ingesteld was. Een aantal belangrijke wijzigingen in het kader van dit onderzoek zijn bijvoorbeeld[6]:

- De AWBZ-taken begeleiding en beschermd wonen zijn overgeheveld naar de Wmo 2015.
- De aanvraagprocedure is gewijzigd. Deze ziet er nu als volgt uit: 1. Er dient een melding plaats te vinden. Daarna krijgt het College zes weken de tijd voor de uitvoering van het onderzoek. Na afronding van het onderzoek kan de cliënt een aanvraag indienen. Het College moet vervolgens binnen 2 weken hier een besluit op nemen.
- Het College stort niet langer het persoonsgebonden budget op de rekening van de cliënt. Het beheer van het pgb ligt nu bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

Zoals in het voorgaande hoofdstuk reeds aangegeven, bestaat de kern van dit onderzoek uit een doorlichting van de organisatorische en administratieve processen die zijn verbonden met de uitvoering van het gemeentelijke beleid in het kader van de Wmo en de Jeugdwet. Om deze processen op een goede manier te kunnen analyseren, is allereerst een onderscheid gemaakt in deelprocessen die op elkaar lijken wat de wijze van besluitvorming en uitvoering betreft. Op basis van gesprekken bij de Sociale Dienst Drechtsteden en de bestudering van gemeentelijke en nationale documenten is er in het kader van dit onderzoek voor gekozen om zes productgroepen te onderscheiden. Deze productgroepen worden besproken in tabel 3.1.

[6] Voor een uitgebreider overzicht zie: http://pdf.kluwerschulinck.nl/Belangrijkste%20wijzigingen%20Wmo%202015.pdf

Productgroep	Toelichting[7]
Huishoudelijke ondersteuning	Maatwerkvoorziening ten behoeve van een gestructureerd huishouden
Rolstoel	Maatwerkvoorziening ten behoeve van het bewegen in en om de woning. Onder het begrip 'rolstoel' valt alleen een handbewogen of elektrische rolstoel en geen andere voorzieningen voor het verplaatsen binnenshuis, zoals een trippelstoel. Onder een handbewogen rolstoel kan ook een duwwandelwagen worden verstaan. Ook individuele aanpassingen, accessoires, onderhoud en reparatie aan rolstoelen en verzekering van rolstoelen vallen onder de rolstoelverstrekking voor zover zij noodzakelijk zijn.
Woonvoorziening	Maatwerkvoorzieningen ten behoeve van het normale gebruik van de woning: • Losse woonvoorzieningen: voorzieningen die niet nagelvast, dus verplaatsbaar zijn (bijvoorbeeld een toiletstoel). • Woningaanpassingen: bouwkundige of woontechnische woonvoorzieningen; vaak zijn het nagelvaste voorzieningen, bijvoorbeeld een douchezitje aan de muur of een ophoging van de tegels bij de voordeur.
Vervoersvoorziening	Maatwerkvoorzieningen ten behoeve van het zich lokaal verplaatsen per vervoermiddel. Voorbeelden zijn: • Collectief vervoer • Scootmobiel • Taxikosten
Begeleiding (individueel, groep en ADL)	Maatwerkvoorziening ten behoeve van het hebben van zelfregie over het dagelijkse leven. Voorbeelden van *begeleiding individueel* zijn: • Begeleiding (H300) • Begeleiding speciaal 1 (nah) (H152) De maatwerkvoorziening ten behoeve van het hebben van dagstructuur kan bestaan uit *begeleiding groep*. Voorbeelden hiervan zijn: • Dagactiviteit basis (H531) • Dagactiviteit som. Ondersteunend (H800) *ADL* heeft betrekking op de volgende zorg[8]: • Niet-lijfgebonden persoonlijke verzorging. De cliënt kan zichzelf wel wassen en aankleden en naar de wc gaan, maar moet daartoe alleen aangespoord worden. Dit maakt onderdeel uit van de functie begeleiding. • Persoonlijke verzorging tijdens dagbesteding. Die persoonlijke verzorging moet geboden worden door de begeleider van de dagbesteding (bijvoorbeeld cliënten helpen met naar de wc gaan).
Beschermd wonen	Opvang in een instelling voor beschermd wonen voor inwoners met psychiatrische of psychosociale problemen – soms in combinatie met gedragsproblematiek en/of verslavingsproblematiek – die ernstig belemmerd worden in hun dagelijks functioneren. Hierbij wordt er onderdak en begeleiding geboden.

Tabel 3.1 Toelichting op de onderscheiden productgroepen Wmo

Deze zes productgroepen die binnen dit onderzoek onderscheiden worden hebben alle betrekking op 'maatwerkvoorzieningen'. Naast maatwerkvoorzieningen worden er binnen

[7] Gebaseerd op de notitie Wmo-beleidsregels 2015 van de SDD en het Wmo Beleidsplan. De invulling van de productgroepen kan verschillen met andere gemeenten.
[8] Voor alle volledigheid: alle overige vormen van persoonlijke verzorging vallen onder de Wet langdurige zorg (Wlz).

de Wmo ook 'algemene voorzieningen' onderscheiden. In de Memorie van toelichting van Wmo (p. 27) valt het volgende over deze productgroep te lezen:

"Algemene voorzieningen zijn toegankelijk voor alle ingezetenen van een gemeente; […] Zaken die in dit kader van belang zijn, zijn bijvoorbeeld de verbetering van de toegankelijkheid van gebouwen en voorzieningen, het lokale vervoer en de toegankelijkheid van informatie. Andere algemene voorzieningen met een iets specifieker karakter zijn bijvoorbeeld een klussendienst, een was- en strijkservice, een maaltijdvoorziening, sociaal vervoer, informele buurtzorg, sociaal-culturele voorzieningen, opvang voor dak- en thuislozen die uitsluitend bestaat uit slapen en eten zonder verdere ondersteuning of meer specifiek, winteropvang" […] "De gemeenteraad moet in het periodiek vast te stellen plan aandacht besteden aan het treffen van algemene voorzieningen gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid of participatie en het voorzien in de behoefte aan beschermd wonen en opvang. Hiermee wordt geborgd dat op het niveau van de gemeente wordt afgewogen op welke wijze algemene voorzieningen vorm krijgen en voor wie deze geschikt zijn aan de ene kant en welke maatwerkvoorzieningen aan de andere kant moeten worden getroffen voor de cliënten voor wie een algemene voorziening niet toereikend is."

Algemene voorzieningen zijn dus voorliggend aan de maatwerkvoorzieningen. Voor dit onderzoek is besloten om de algemene voorzieningen niet mee te nemen bij de procesbeschrijvingen. Twee overwegingen spelen daarbij een rol. Ten eerste herkenden niet alle gesprekspartners de algemene voorzieningen als een echte productgroep binnen de Wmo, en ten tweede was het niet voor alle respondenten 100% helder welke producten precies tot de algemene voorzieningen behoren. Hierdoor was het niet mogelijk om data van voldoende kwaliteit te verkrijgen en is er besloten om deze productgroep niet mee te nemen bij de analyse van de werkprocessen.

Tevens zijn er binnen dit onderzoek acht processtappen onderscheiden. Deze staan kort beschreven in tabel 3.2. Deze indeling is gebaseerd op bestudering van documenten over de Wmo en gesprekken bij de SDD. Belangrijk uitgangspunt bij deze indeling is de inhoud van de wet (artikel 2.3.2 Wmo 2015).

Processtap	Toelichting
1. Melden	De melding van de cliënt voor een Wmo voorziening
2. Onderzoek	Het onderzoek naar de situatie van de cliënt om vast te stellen welke Wmo voorzieningen de cliënt nodig heeft.
3. Aanvraag	Het indienen van de aanvraag voor een Wmo voorziening door de cliënt.
4. Besluit	Het besluit over de Wmo voorziening voor de cliënt.
5. Aanbieder selecteren	De keuze van de partij die de Wmo voorziening gaat leveren.
6. Uitvoeren	De daadwerkelijk levering van de Wmo voorziening.
7. Betalen	De betaling van de rekening die ingediend is door de aanbieder van de Wmo voorziening.
8. Controleren	Het controle systeem dat gehanteerd wordt bij de uitvoering van de Wmo (productfinanciering of resultaatsturing).

Tabel 3.2 Toelichting op de onderscheiden processtappen

In de volgende paragraaf gaan wij eerst nader in op het beleidskader van de Wmo. Vervolgens bespreken wij de werkprocessen en risico's voor de zes productgroepen van de GR Drechtsteden en de gemeenten Cromstrijen, Gorinchem en Schiedam. Conform de opzet van dit onderzoek zijn allereerst de werkprocessen en risico's voor de GR Drechtsteden gedetailleerd in kaart gebracht. Vervolgens zijn de werkprocessen en risico's binnen de gemeenten Cromstrijen, Gorinchem en Schiedam in een vergelijkend perspectief met de GR Drechtsteden besproken.

3.2 Het beleidskader van de Wmo[9]

Op basis van de Wmo 2015 (art. 2.1.1) heeft het gemeentebestuur de opdracht om zorg te dragen voor maatschappelijke ondersteuning voor haar ingezetenen. Daarbij dient het gemeentebestuur ook zorg te dragen voor de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen die daartoe behoren. Het gemeentebestuur heeft op basis van de wet ook de verantwoordelijkheid voor het toezicht op de uitvoering en de handhaving (art. 6.1, eerste lid). Een kernpunt van de Wmo 2015 is dat gemeenten beleids- en bestedingsvrijheid hebben. Dit betekent dat de organisatie en uitvoering van de Wmo door gemeenten in beginsel zijn vrijgelaten. In het vervolg zal in meer detail besproken worden wat het wettelijk kader is bij het toezicht (en handhaving) op enerzijds de kwaliteit en anderzijds de rechtmatigheid. Hierbij heeft de term rechtmatigheid betrekking op "het ten onrechte ontvangen van een maatwerkvoorziening of een persoonsgebonden budget, alsmede van misbruik of oneigenlijk gebruik van de wet" (zie artikel 2.1.3 lid 4 Wmo 2015).

Toezicht op kwaliteit

Gemeenten krijgen dus veel vrijheid bij het uitvoeren van het toezicht op kwaliteit. De Wmo 2015 bepaalt wel voor gemeenten dat het college van B&W personen aanwijst die belast zijn met het toezicht op de uitvoering en de handhaving (art 6.1, eerste lid). Dit betekent dat gemeenten bij zichzelf na moeten gaan hoe ze het toezicht willen organiseren. Hierbij zijn een aantal onderwerpen waar gemeenten bij stil moeten staan bij het organiseren van toezicht (zie: Mein, 2014[10]). In het onderstaande zullen deze kort besproken worden.

Een eerste onderwerp is wie toezicht houdt. Op basis van de wet moet het college daar één of meerdere personen voor aanwijzen (Mein, 2014.). De toezichthouder(s) worden bij een besluit aangewezen door het college. Het college is vrij in de keuze van deze 'toezichthoudende ambtenaar'. Gemeenten kunnen voor deze persoon denken aan de afdeling Handhaving van Werk en Inkomen of de GGD. Deze afdelingen hebben al ervaring op gedaan met het houden van toezicht bij de WWB, de Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen. Een tweede onderwerp is welke eisen er aan de toezichthoudende ambtenaar gesteld worden. Hierbij is het belangrijk dat die zijn functie zelfstandig uit kan voeren en formeel losstaat van de ambtenaren die zijn bezig houden met de beleidsontwikkeling voor maatschappelijke ondersteuning, de inkoop van voorzieningen, het contractbeheer of voorzieningen toekennen (Mein, 2014). Het onafhankelijke kunnen opereren van de toezichthouder moet geborgd zijn. Een derde onderwerp is welke rechten en plichten zijn verbonden aan de functie van toezichthouder. De toezichthoudende ambtenaar is toezichthouder in de zin van hoofdstuk 5 van de Algemene wet bestuursrecht (Mein, 2014). Hij mag voor zijn taak gebruik maken van de in dit hoofdstuk genoemde

[9] Dit stuk is voornamelijk gebaseerd op de volgende documenten: Mein (2014), Rijksoverheid (2015) en invoeringwmo.nl (2015)

[10] Een uitgebreidere bespreking van de onderwerpen valt te lezen in Mein, A. (2014) *Handreiking toezicht Wmo*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut

bevoegdheden. Een vierde onderwerp is de werkwijze van de toezichthoudende ambtenaar. De toezichthoudende ambtenaar kan twee werkwijzen kiezen: reactief of proactief (Mein, 2014). Bij de eerste werkwijze gaat de toezichthouder op onderzoek uit na een reeks van klachten en signalen of een incident. Bijvoorbeeld bij een reeks klachten over een bepaalde zorgaanbieder. Incidentele klachten dienen door de zorgaanbieder zelf afgehandeld te worden. Bij de tweede werkwijze gaat de toezichthouder uit eigen beweging op onderzoek uit. Dit zal in de regel gebeuren op basis van een risicoanalyse van de aard en omvang van de risicovolle groepen in het kader van de Wmo binnen de gemeente of van de aanbieder.
Een vijfde onderwerp is wat het referentiekader van het toezicht is. Gemeenten moeten een verordening opstellen waarin de kwaliteitseisen die de gemeente stelt uitgewerkt zijn (Wmo 2015, art 2.1.3). De toezichthouder zal gebruik maken van de basisnormen die in de Wmo 2015 (art. 3) vermeld staan en de kwaliteitseisen die uitgewerkt zijn in de verordening (ibid.; zie ook MvT Wmo, 9). Een zesde onderwerp is waar het toezicht toe leidt. De toezichthouder zal zijn bevindingen in een rapport of verslag weergeven en tevens zijn oordeel geven over de beschreven situatie. Het college moet hier vervolgens een passend vervolg aan geven. Bij een situatie waarbij vastgesteld is dat de kwaliteitseisen niet nageleefd zijn, zouden vervolgacties kunnen zijn:

- het sturen van een (waarschuwings)brief naar de zorgaanbieder of een gesprek met de zorgaanbieder.
- Een formele maatregel: een dwangsom
- Maatregelen in het kader van contractbeheer, bijvoorbeeld opzegging en/of uitsluiting van komende aanbestedingen

Een belangrijke opmerking tot slot is dat het toezicht in het kader van de Wmo 2015 nieuw is voor gemeenten. Voorheen speelde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een belangrijke rol bij de naleving van onderdelen van de Wmo 2007. De toezichtstaak van de IGZ is bij de Wmo 2015 verdwenen. Zij vervult echter nog wel een belangrijke rol door aan de minister van VWS te rapporteren over de uitvoering van het gemeentelijk toezicht en het effect daarvan op de maatschappelijke ondersteuning (art. 6.2, 1^e en 2^e lid). Een andere rol van de IGZ is om toezichthoudende ambtenaren te adviseren over toezicht en handhaving in het kader van de Wmo 2015 indien gemeenten daar behoefte aan hebben. Daarmee fungeren ze als een vorm van ondersteuning voor de gemeentelijke toezichthouders (Mvt Wmo, 9).

Rechtmatigheidscontrole

De Rijksoverheid heeft veel ruimte gelaten aan gemeenten om zelf eisen te stellen aan de rechtmatigheid in het kader van de Wmo 2015. Deze rechtmatigheidseisen moeten gemeenten vastleggen in lokale verordeningen (zie: art. 2.1.3 lid 4 Wmo) en kunnen zij vervolgens ook opnemen in inkoopcontracten of controleprotocollen. Gemeenten kunnen te maken krijgen met risico's op onrechtmatigheden in relatie tot de Wmo 2015. Het is de verantwoordelijkheid van de gemeenten zelf om dergelijke onrechtmatigheden te voorkomen en aan te pakken. Gemeenten zullen dus invulling moeten geven aan hun rol in het kader van preventie, controle en handhaving zodat zij onrechtmatigheden kunnen voorkomen en er tegen op kunnen treden indien nodig. Ook hier speelt de toezichthoudende ambtenaar een rol (zie art. 6.1 Wmo 2015).

Tot slot is het zowel voor een goede aanpak van onjuistheden en het garanderen van voldoende kwaliteit van belang dat verschillende partijen 'in de keten' samenwerken met

elkaar. Hierbij hebben de partijen verschillende verantwoordelijkheden[11]. De gemeenten zijn bij het vervullen van hun toezichthoudende en handhavende rol sterk afhankelijk van het wettelijk kader (wat ze mogen) en de informatie van andere partijen (wat ze weten).

Betrokken partij	Verantwoordelijkheid:
Gemeentebestuur	Zorgdragen voor maatschappelijke ondersteuning voor haar ingezetenen. Zorgdragen voor de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen die daartoe behoren. De verantwoordelijkheid voor het toezicht op de uitvoering en de handhaving (art. 6.1, eerste lid).
Wmo consulenten	Alert zijn op signalen van onvoldoende kwaliteit en risico's of fraude, fouten, onderbehandeling en overbehandeling.
Inkoop en contractbeheer	Het opnemen van verantwoordingseisen die de rechtmatigheidsrisico's verkleinen en controle mogelijk maken. Het uitvoeren van controles.
Ministerie van VWS	Zorgen voor een betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed zorgsysteem.
Cliënten (en vertegenwoordigers die het budget van de cliënt beheren)	Rekeningen en praktijken van zorgaanbieders goed controleren en bij mogelijke fouten of vermoedens van frauduleus handelen contact opnemen met de gemeente., Regels naleven, dit betekent bijvoorbeeld het ontvangen budget aan de voorziening besteden waarvoor het bedoeld is.
Zorgaanbieders	Het leveren van kwalitatief goede voorzieningen en het indienen van correcte rekeningen. Daarnaast moeten ze zorgen dat ze zich kunnen verantwoorden.
SVB	Bij pgb's controleren of de gefactureerde zorg overeenkomt met de zorgovereenkomst.
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	Toezicht houden en handhavend optreden bij onrechtmatigheden door onder andere zorgaanbieders.
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	Toezichthouden op de kwaliteit van zorg. Daarbij kan zij ook mogelijk signalen opvangen van onrechtmatigheden op financieel vlak. IGZ kan deze signalen doorgeven aan andere partners.
Bijzondere opsporingsdiensten: de Inspectie SZW en de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst	Het verrichten van strafrechtelijke onderzoeken op het terrein van de zorg, met als prioritaire aandachtsgebieden fraude met het pgb en declaratiefraude. De I-SZW werkt hierbij intensief samen met de FIOD, met inachtneming van de respectievelijke bevoegdheden van toezicht en opsporing. De FIOD verricht zaken met betrekking tot aanpak van fraude in de zorg.
OM	De strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde.

Tabel 3.3 Betrokken partijen bij toezicht en handhaving Wmo

[11] Voor een uitgebreidere toelichting zie bijvoorbeeld: Programmaplan Rechtmatige Zorg – aanpak van fouten en fraude 2015-2018 , te vinden via: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/03/27/programmaplan-rechtmatige-zorg-aanpak-van-fouten-en-fraude-2015-2018

3.3 De Wmo in de GR Drechtsteden: processen en risico's

De gemeenten Alblasserdam, Dordrecht, Hendrik-Ido-Ambacht, Papendrecht, Sliedrecht en Zwijndrecht vormen met elkaar de GR Drechtsteden. Onder deze gemeenten vallen rond de 270.000 inwoners. De uitvoering van de Wmo hebben deze gemeenten bij hun intergemeentelijke sociale dienst 'Sociale Dienst Drechtsteden' (SDD) belegd. Hierbij gaat het specifiek om de taak van het indiceren en verstrekken van maatwerkvoorzieningen.

Het beleidskader Wmo wordt voor de Drechtsteden primair gevormd door de Verordening maatwerkvoorzieningen, het Besluit maatwerkvoorzieningen maatschappelijke ondersteuning Drechtsteden 2015 en de Beleidsregels maatwerkvoorzieningen maatschappelijke ondersteuning Drechtsteden 2015. In de verordening wordt in hoofdstuk 7 ingegaan op de bestrijding van misbruik of oneigenlijk gebruik. Hierin staat onder andere dat het Drechtstedenbestuur een actief fraudepreventiebeleid voert (artikel 7.1) en bij de controle stelselmatig onderzoek naar de rechtmatigheid van de maatwerkvoorziening doet en onderzoek doet naar de reden van de beeindiging van de aanspraak op een maatwerkvoorziening (artikel 7.2). Hoofdstuk 8 bespreekt de kwaliteitseisen die gesteld worden aan aanbieders. Hierin staat dat aanbieders moeten zorgen voor een goede kwaliteit van de voorziening, wat in ieder geval betekent:

a) De voorziening veilig, doeltreffend en cliëntgericht is;
b) De voorziening is afgestemd op de persoonlijke situatie van de cliënt;
c) De voorziening is afgestemd op andere vormen van zorg of hulp die de cliënt ontvangt;
d) De beroepskracht die een voorziening levert, handelt in overeenstemming met de professionele standaard;
e) De voorziening voldoet aan de door de aanbieder en het Drechtstedenbestuur overeengekomen kwaliteitseisen.

Tevens is er een besluit over de aanwijzing van toezichthouders Wmo[12].

Processen binnen de SDD

Binnen de SDD zijn er twee Wmo-teams: team A en team B. Team A houdt zich bezig met de oude Wmo-taken en de nieuwe taken liggen bij team B. Er is voor gekozen om de nieuwe Wmo-taken bij een aparte organisatorische eenheid onder te brengen omdat de doelgroep van de nieuwe Wmo-taken duidelijk afwijkt van de doelgroep bij de oude Wmo-taken. In de doelgroep van Wmo B is het aandeel psychosociale klachten en het aandeel (ernstig) psychiatrische aandoeningen groter, wat vraagt om meer specialistische kennis. De consulenten hebben regelmatig intervisiebijeenkomsten waarin casuïstiek met elkaar besproken wordt, met al doel het aanscherpen van de observaties en het stellen van indicaties.

Voor de GR Drechtsteden zijn de werkprocessen voor de zes productgroepen in kaart gebracht. Hiervoor zijn gesprekken gevoerd met diverse actoren binnen de Drechtsteden en documenten bestudeerd (zie bijlagen 1 en 2). Figuur 3.2 laat om te beginnen schematisch zien hoe de toegangsprocedure voor maatwerkvoorzieningen er bij de SDD uitziet.

[12] Zie: https://www.drechtsteden.nl/dds/up/ZmbjlgfJmB_Vastgestelde_en_getekende_Openbare_besluitenlijst_DSB_141204.pdf

Zes weken	Eén week	1. Melding • Elektronisch (via website), telefonisch of mondeling • De cliënt krijgt een ontvangstbevestiging waarin de SDD de cliënt wijst op: - de mogelijkheid een persoonlijk plan in te dienen - de mogelijkheid om gebruik te maken van cliëntondersteuning • Let op: er is een afwijkende procedure bij spoedeisende gevallen. Deze procedure staat in de wet beschreven
		2. Persoonlijk plan • Cliënt kan persoonlijk plan indienen, maar is dat niet verplicht • De termijn voor het indienen is zeven kalenderdagen na de melding
		3. Onderzoek • Het onderzoek vindt plaats in samenspraak met de cliënt (en mantelzorger/ vertegenwoordiger) • Het onderzoek bestaat in ieder geval uit: - de in de wet genoemde verplicht te onderzoeken onderwerpen - een (keukentafel)gesprek • Het persoonlijk plan wordt betrokken bij het onderzoek (indien aanwezig) • Afsluiting: onderzoeksverslag
	Twee weken	4. Aanvraag • De cliënt moet zelf een aanvraag indienen • Het indienen van de aanvraag kan via: - het aanvraagformulier of - het ondertekende onderzoeksverslag • Bij aanvraag pgb moet de cliënt een budgetplan overleggen
		5. Besluit • De SDD neemt binnen twee weken na ontvangst van de aanvraag een besluit • Tegen het besluit staat bezwaar (en daarna beroep en hoger beroep) open

Figuur 3.2 Toegangsprocedure maatwerkvoorzieningen GR Drechtsteden[13]

3.3.1 Huishoudelijke ondersteuning

Het proces van huishoudelijke ondersteuning zoals dat bij SDD ingericht is, staat beschreven in tabel 3.4. In het onderstaande zal een aantal processtappen kort uitgelicht worden.

Voor de SDD geldt dat zij daadwerkelijk onderzoek doen bij processtap 2. In de jurisprudentie komt naar voren dat dit niet vanzelfsprekend is in Nederland. Er zijn gemeenten bekend waar dit onderzoek soms uitsluitend telefonisch afgedaan is of niet is uitgevoerd. De rechters

[13] Uit: Beleidsregels maatwerkvoorzieningen maatschappelijke ondersteuning Drechtsteden 2015

beslissen nu in het voordeel van de cliënten met een opdracht aan de gemeenten om meer zorgvuldigheid toe te passen en alsnog onderzoek te doen[14].

Door de SDD is op basis van resultaatfinanciering de huishoudelijke ondersteuning gecontracteerd en wordt deze zo ook geïndiceerd. Dit betekent dat er geen uren worden geïndiceerd, maar dat de zorgaanbieder (vanuit PGB of zorg in natura) een vast bedrag krijgt voor het opleveren van een schoon huis. Binnen huishoudelijke ondersteuning worden twee categorieën onderscheiden:

- Huishoudelijke ondersteuning (HO). Deze vorm van HO is bedoeld voor het basaal laten functioneren van het huishouden.
- Huishoudelijke ondersteuning plus (HO+). Deze vorm van HO omvat het basaal laten functioneren van het huishouden plus ondersteuning in de regievoering.

Zorglokaal doet de factuurcontrole (extern) voor HO. Hieruit ontvangt de SDD managementinformatie. Bij de factuurcontrole van de zorgaanbieders gebeurt er het volgende:

- De factuur wordt gematcht met de indicatiestelling;
- Er wordt op basis van een steekproef maandelijks een aantal klanten telefonisch nagebeld over de geleverde ondersteuning;
- Er wordt op basis van een steekproef maandelijks een aantal locaties technisch onderzocht op de kwaliteit van de geleverde ondersteuning.

Wat betreft de frauderisico's binnen dit deelproces kunnen op basis van dit onderzoek de volgende observaties worden gedaan:

- Huishoudelijke ondersteuning is al sinds 2007 onderdeel van de Wmo en bij de gemeenten belegd. Anno 2015 hebben gemeenten al acht jaar de tijd gehad om de processen in relatie tot HO goed in te regelen. De SDD beschouwt haar processen op orde met betrekking tot het indiceren van HO. Binnen de SDD zijn er bijvoorbeeld verschillende 'checks en balances' voor HO ingesteld:
    - Een systeem van telefonische controles en huisbezoeken door Zorglokaal;
    - Gesprekken met zorgaanbieders over de geleverde kwaliteit door contractbeheer;
    - Inwoners kunnen gemakkelijk overstappen naar een andere aanbieder als ze ontevreden zijn over de kwaliteit van de huidige aanbieder.
- Zorgaanbieders sturen soms bewust aan op een aanvraag voor HO+ om een hogere vergoeding te krijgen terwijl dit niet altijd noodzakelijk is. De indruk bestaat dat zij cliënten soms informeren over de informatie die zij de gemeente moeten geven om voor een HO+ indicatie in aanmerking te komen.
- Er zijn gevallen waarin huishoudelijke ondersteuning zowel onderdeel uitmaakt van het PGB Wmo als van het PGB Wlz. Blijkbaar zijn de systemen in dit opzicht nu nog onvoldoende op elkaar aangesloten.

[14] Zie bijvoorbeeld: https://iederin.nl/nieuws/17492/gemeenten-gaan-opnieuw-in-fout-bij-huishoudelijke-hulp/
http://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBGEL:2015:1490
http://www.woudegraaf.nl/nl/gemeenten-in-de-fout-huishoudelijke-hulp-Wmo-ten-onrechte-gekort/?page=1

Processtap	Inhoud van de processtap	Betrokken network	Prikkels	Checks en balances
Melden	Cliënt meldt zich bij SDD voor HO	Cliënt SDD	Inwoner wil een bepaalde voorziening.	Onderzoek door SDD Eigen bijdrage inwoner PGB: budgetplan
Onderzoek (advies indicatie)	De individuele situatie van de cliënt wordt onderzocht. Het onderzoek bestaat in ieder geval uit een gesprek, bij voorkeur bij de cliënt thuis. Dit resulteert in een onderzoeksverslag met daarin een advies voor indicatie.	Cliënt SDD Eventueel deskundigenadvies	SDD wil verstrekken wat nodig is tegen zo laag mogelijke kosten.	Inwoner kan geen bezwaar maken m.b.t. het onderzoek. Hij kan wel een aanvraag indienen en dan bezwaar maken tegen het besluit.
Aanvraag	De cliënt dient zelf een aanvraag in via het aanvraagformulier of het ondertekende onderzoeksverslag. Aanvraag PGB: de cliënt moet ook een budgetplan overleggen.	Cliënt SDD	Inwoner wil een bepaalde voorziening.	Onderzoek SDD
Besluit (definitieve indicatie)	SDD neemt een besluit over de aanvraag. Inwoner krijgt indicatie HO of HO+.	Cliënt SDD	SDD wil verstrekken wat nodig is tegen zo laag mogelijke kosten.	Bezwaar door cliënt mogelijk.
Aanbieder selecteren	Natura: SDD selecteert aanbieders. Cliënt kiest daar één aanbieder van. PGB: cliënt selecteert de aanbieder.	Cliënt SDD Zorg-aanbieders	PGB: cliënt kan frauderen met zijn PGB-budget.	Natura: contractbeheer voert gesprekken met zorgaanbieders. Steekproeven, huisbezoeken. PGB: SVB beheert PGB-budget.
Uitvoeren	HO wordt verricht door de aanbieder.	Aanbieder HO	Aanbieder doet zo min mogelijk om indicatie 'schoon huis' te realiseren.	Klachten van cliënten. Cliënten kunnen overstappen naar andere aanbieder. Natura: 'straf' voor gecontracteerde aanbieder is hoog.
Betalen	Natura: SDD betaalt voor de HO. PGB: SVB betaalt de rekening van de HO.	Natura: SDD/Zorglokaal PGB: Cliënt/ SVB CAK int eigen bijdrage	PGB: cliënt kan frauderen met PGB-budget. Aanbieder: er worden rekeningen ingediend voor HO die niet geleverd is.	Natura: check door Zorglokaal. PGB: SVB als tussenschakel. Te hoge bijdrage kan maken dat inwoner fraude door aanbieder signaleert.
Controleren	Resultaatsturing.	SDD Zorglokaal SVB		

Tabel 3.4 Het proces voor huishoudelijke ondersteuning bij de SDD

3.3.2 Rolstoel, woonvoorzieningen en vervoersvoorzieningen

Evenals bij HO zijn de processen rondom het verstrekken van rolstoelen, woonvoorzieningen en vervoersvoorziening voor gemeenten bekend terrein. Zo maakten deze processen al deel uit van de gemeentelijke taak binnen de Wet Voorzieningen Gehandicapten Wvg (1994-2006). Anno 2015 hebben gemeenten dus al ruim de tijd gehad om de processen in relatie tot de verstrekking van rolstoelen, woonvoorzieningen en vervoersvoorzieningen te regelen. In bijlagen 1 en 2 zijn de tabellen te vinden waarin de processen te vinden zijn. Hierbij is er een grote gelijkenis met het proces voor het verstrekken van HO. De belangrijkste verschillen zijn:

- Het verstrekken van een rolstoel vindt bij de SDD plaats op basis van resultaatfinanciering, het verstrekken van een woonvoorziening en vervoersvoorziening vindt plaats op basis van productfinanciering.
- Bij rolstoelen is er geen eigen bijdrage voor de cliënt.

Op basis van onze inventarisatie kunnen we de volgende conclusies trekken over de rechtmatigheidsrisico's binnen deze drie voorzieningen:

- De checks en balances lijken goed op orde te zijn:
    - Inwoners kunnen klachten indienen over leveranciers;
    - Contractbeheer voert gesprekken met aanbieders. In deze gesprekken worden bijvoorbeeld eventuele klachten besproken;
    - Inwoners kunnen overstappen naar een andere aanbieder als ze ontevreden zijn over de huidige aanbieder.
- De afwezigheid van een eigen bijdrage bij rolstoelen verkleint de prikkel bij de klant om te controleren of een gedeclareerde voorziening ook echt is geleverd. Echter: gegeven de aard van de voorziening mag worden aangenomen dat de klant last krijgt van het uitblijven van de voorziening.

3.3.3 Begeleiding (individueel, groep en ADL)

Een belangrijke verandering bij de invoering van de Wmo 2015 is dat met de bijbehorende decentralisatie gemeenten nu begeleiding kunnen verstrekken om mensen te ondersteunen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Het werkproces voor het verstrekken van begeleiding is daarmee nog relatief nieuw binnen gemeenten. De SDD was in 2015 dan ook druk met het inrichten en optimaliseren van dit werkproces. ADL heeft betrekking op het (kleine) deel van de AWBZ-functie persoonlijke verzorging dat naar de gemeente is overgeheveld per 1 januari 2015. Vanwege de beperkte omvang en het feit dat deze productgroep qua proces sterk lijkt op de productgroep begeleiding, wordt ADL samen met begeleiding besproken. Het werkproces voor het verkrijgen van begeleiding zoals dat bij de SDD ingericht is, staat beschreven in tabel 3.6. Wat opvalt in het proces van begeleiding is dat de melding in eerste instantie vaak door derden wordt gedaan, waarbij deze derden in een aantal gevallen ook belang hebben bij de aanvraag. Voorbeelden van derden die melden zijn de familie, de zorgaanbieder, Stichting MEE of het sociaal wijkteam. De verstrekking van begeleiding gebeurde op basis van productfinanciering: het aantal geleverde uren begeleiding. De ambitie is dat dit in de toekomst op basis van resultaatfinanciering gebeurt. Consulenten geven aan dat bij een aanvraag begeleiding de dossiers aanmerkelijk uitgebreider zijn dan bij de overige Wmo-producten.

Processtap	Inhoud van de processtap	Betrokken network	Prikkels	Checks en balances
Melden	Cliënt meldt zich bij SDD voor begeleiding, eventueel met een persoonlijk plan.	Cliënt SDD Derden die melden: bijvoorbeeld familie, aanbieder, sociaal wijkteam	Cliënt wil een bepaalde voorziening. Aanbieder wil maximale zorg verlenen.	Onderzoek door SDD Eigen bijdrage Cliënt. PGB: budgetplan
Onderzoek (advies indicatie)	Individuele situatie van cliënt wordt onderzocht. Onderzoek bestaat in ieder geval uit een gesprek, bij voorkeur bij cliënt thuis. Bij indiceren zien consulenten meer documenten dan bij overige Wmo-producten. Dit resulteert in onderzoeks-verslag met advies voor indicatie.	Cliënt SDD Eventueel deskundigenadvies	SDD wil verstrekken wat nodig is tegen zo laag mogelijke kosten.	Cliënt kan geen bezwaar maken m.b.t. het onderzoek. Hij kan wel een aanvraag indienen en dan bezwaar maken tegen het besluit.
Aanvraag	De cliënt dient zelf een aanvraag in via het aanvraagformulier of ondertekend onderzoeksverslag. Aanvraag PGB: de cliënt moet ook een budgetplan overleggen.	Cliënt SDD	Cliënt wil een bepaalde voorziening.	Onderzoek SDD. Herindicaties zijn gepland. Ondersteuningsplannen worden opgevraagd.
Besluit (definitieve indicatie)	SDD neemt een besluit over de aanvraag.	Cliënt SDD	SDD wil verstrekken wat nodig is tegen zo laag mogelijke kosten.	Bezwaar door cliënt mogelijk.
Aanbieder selecteren	Natura: SDD selecteert aanbieders. Cliënt kiest daar één aanbieder van. PGB: cliënt selecteert de aanbieder.	Cliënt SDD Zorgaanbieders	PGB: cliënt kan frauderen met zijn PGB-budget.	Natura: nu zijn er nog de oude contracten. SDD is opnieuw aan het aanbesteden. PGB: SVB beheert PGB-budget.
Uitvoeren	De begeleiding wordt geleverd.	Aanbieders van de voorziening	Aanbieder levert iets anders (goedkopers) dan waar het budget voor bedoeld is. PGB: een hoger bedrag declareren dan werkelijk gebruikt.	
Betalen	Natura: SDD betaalt voor de begeleiding PGB (weinig): SVB betaalt de gedeclareerde zorg.	Natura: SDD PGB: Cliënt/ SVB CAK int de eigen bijdrage	PGB: cliënt kan frauderen met PGB-budget. Organisatie declareert hoogste aantal uren binnen de klasse. Vervuilde bestanden.	Nu nog weinig bij de SDD. Er zijn plannen om dit te verbeteren. Te hoge eigen bijdrage kan maken dat de cliënt fraude signaleert.
Controleren	Productfinanciering.	SDD; in de toekomst evt. zorglokaal SVB	SDD wil grip op de kosten krijgen.	Nu nog weinig sturing. Ambitie: resultaatfinanciering

Tabel 3.5 Werkproces voor begeleiding (individueel, groep en ADL) bij SDD

Voor de productgroep begeleiding zijn de volgende observaties te doen wat betreft de rechtmatigheidsrisico's.

- Bij de productgroep begeleiding ligt een relatief hoog risico, omdat het nieuw is. De managementinformatie is nog niet helemaal op orde. Dit betekent dat er mogelijk onvoldoende grip is op de kosten. De SDD heeft het streven om meer grip op de kosten te gaan krijgen;

- De huidige wijze van productfinanciering maakt dat er nog weinig sturing is op het resultaat van begeleiding. Daarnaast geldt hierbij dat het voor aanbieders mogelijk en lonend is om het hoogste aantal uren binnen een klasse te declareren. De SDD onderzoekt momenteel of het mogelijk is een overstap te maken naar resultaatfinanciering. Per 1 januari 2016 worden hier bijvoorbeeld al de eerste stappen mee gezet bij individuele begeleiding waarbij er 'arrangementsprijzen' gehanteerd gaan worden voor drie categorieën individuele begeleiding. Bij een overgang naar resultaatsturing wordt, net als bijvoorbeeld bij HO, meer het ondernemerschap en het risico bij de aannemers gelegd.

- De SDD werd voor begeleiding geconfronteerd met 'vervuilde bestanden' waardoor cliënten soms onnodig veel budget of voorzieningen kregen. Door de zorgcontinuïteit zijn gemeenten verplicht om door te blijven leveren tot er geherindiceerd is. Wat opvalt, is dat voor sommige aandoeningen indicaties een relatief lange looptijd hebben (bijvoorbeeld bij een beroerte) terwijl de situatie van de klant dynamisch is en ondertussen verbeterd kan zijn.

- De indruk bestaat dat er soms onnodig ver of vaak vervoerd wordt. De achtergrond hiervan is dat bij begeleiding inclusief vervoer niet altijd duidelijk is hoe groot de vervoersbehoefte daadwerkelijk is bijvoorbeeld doordat niet bekend is wat de afstand is tussen de woning en de locatie waar begeleiding plaats vindt.

- Er is een prikkel bij de aanbieder om zoveel mogelijk begeleiding in een zo hoog mogelijke categorie voor de klant binnen te halen. Daarbij kan het oplopen tot relatief hoge bedragen die de aanbieders ontvangen. Overigens kwam uit het onderzoek naar voren dat deze prikkel bij de herindicaties sterk wordt verminderd door de invoering van het sociaal netwerktarief. Het sociaal netwerktarief heeft betrekking op de mogelijkheid die binnen de WMO 2015 geboden wordt aan gemeenten om een lager tarief te hanteren voor het pgb ten aanzien van mensen die behoren tot het sociaal netwerk van de cliënt. In Drechtsteden is dit tarief op € 20,= per uur bepaald, daar waar betrokkenen uit het netwerk van de cliënt daarvoor in aanmerking kwamen voor het normale zorgverlenerstarief. Begeleiders uit het sociaal netwerk ontvangen hierdoor een aanzienlijk lager bedrag voor hun inzet dan voorheen.

- Cliënten kopen met hun pgb niet altijd in wat ze geïndiceerd hebben gekregen. Een voorbeeld: iemand heeft een indicatie dagbesteding en koopt feitelijk individuele begeleiding bij een familielid in met het pgb. De kan gezien worden als een onregelmatigheid bij de uitvoering van de Wmo, omdat de cliënt mogelijk niet de zorg krijgt die nodig is en er daarnaast een lager tarief geldt voor begeleiding vanuit het sociaal netwerk dan voor dagbesteding.

- De indicatiestelling bij de doelgroep begeleiding kan bestempeld worden als uitdagend. De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- De doelgroep kan zelf niet altijd alle benodigde informatie geven.
- De problematiek vraagt om meer deskundigheid en kennis bij de indicatiestelling.
- De diagnose valt binnen het medisch beroepsgeheim en voor consulenten is niet altijd duidelijk in hoeverre zij de klant gedetailleerd kunnen vragen wat er aan hem mankeert en tot welke zorgbehoefte dat leidt. Bij fysieke handicaps is dat vaak makkelijker in te schatten.

3.3.4 Beschermd wonen

Beschermd wonen valt sinds 1 januari 2015 onder de Wmo 2015. De 43 centrumgemeenten zijn materieel verantwoordelijk voor beschermd wonen en hebben ook de regie voor de plaatsing van mensen in beschermd wonen (VNG, 2014). Voor de gemeenten in de Drechtsteden en de zes gemeenten in de regio Alblasserwaard-Vijfheerenlanden geldt dat beschermd wonen belegd is bij de centrumgemeente Dordrecht. Dordrecht heeft de inkoop en indicatiestelling daarvan belegd bij de Sociale Dienst Drechtsteden.

Het werkproces voor de productgroep beschermd wonen zoals dat bij SDD ingericht is, staat beschreven in bijlage 3. Dit werkproces vertoont sterke overeenkomsten met het werkproces van de productgroep begeleiding. Wat specifiek opvalt, is in de eerste plaats dat de herindicaties veelal plaats vinden op de locatie van de zorgaanbieder. Ook bij een eerste melding is er vaak al een instelling in beeld.

Specifiek voor de productgroep beschermd wonen zijn er nog twee observaties ten aanzien van risico's op onregelmatigheden:

- Het verlenen van pgb's aan een kwetsbare doelgroep brengt het risico met zich mee dat aanbieders misbruik maken van de kwetsbaarheid van de inwoners en beschermd wonen van onvoldoende kwaliteit leveren. Een recent voorbeeld is de uitkomst van het onderzoek naar Stichting Hoeve Jedidja [15]. Er werd onder andere door de gemeente Dordrecht geconcludeerd dat de kwaliteit van de begeleiding door de instelling onvoldoende gewaarborgd is.

- Het stellen van een diagnose over het vermogen om (weer) zelfstandig te kunnen wonen is gebaseerd op het professionele oordeel van de zorgaanbieder. Dit brengt het risico met zich mee dat de aanbieder van beschermd wonen de cliënt onnodig lang de voorziening aanbiedt.

In het vervolg van dit hoofdstuk zullen de bevindingen voor de gemeenten Cromstrijen, Gorinchem en Schiedam besproken worden. Dit gebeurt vanuit een vergelijkend perspectief met de werkprocessen binnen de Sociale Dienst Drechtsteden.

3.4 De Wmo in Cromstrijen

Bij de gemeente Cromstrijen is een focusgroep georganiseerd waarbij ingegaan is op de processen voor de Wmo en de frauderisico's voor deze gemeente. Daarnaast zijn relevante documenten bestudeerd. De belangrijkste verschillen en kenmerken die uit het onderzoek naar voren kwamen worden in het onderstaande kort weergegeven.

De gemeente Cromstrijen is een gemeente met ruim 12.700 inwoners. Cromstrijen werkt op het terrein van de Wmo heel nadrukkelijk samen met de gemeenten in de Hoeksche

[15] Zie: http://www.hetkontakt.nl/regio/alblasserwaard/37361/geen-pgb-s-meer-besteden-bij-stichting-hoeve-jedidja

Waard. Het hele proces wordt nu vanuit 1 begeleider bewaakt zodat al deze gemeenten het proces op dezelfde manier uitvoeren. Vanaf 1 januari 2016 zullen de consulenten ook bij elkaar op dezelfde locatie in Strijen komen. De reden hiervoor is dat de gemeenten dan beter kunnen sturen, een eenduidige uitvoering van beleid hebben. Daarnaast kunnen de gemeenten door zich te verenigen meer daadkracht richting zorgaanbieders tonen. Ook vermindert de kwetsbaarheid in de uitvoering.

Er zijn drie Wmo-consulenten in Cromstrijen. De consulenten toetsen altijd hoe de ander een aanvraag afhandelt, dit is een standaardprocedure. Ook is de coördinator servicecentrum vrijwel altijd beschikbaar voor overleg.

De werkprocessen binnen de gemeente Cromstrijen vertonen grote overeenkomsten met de Drechtsteden. De belangrijkste verschillen of aanvullingen die genoemd worden zijn:

- Cromstrijen heeft voor alle Wmo producten de back office belegd bij Stipter. Ten tijde van het onderzoek werkte dit nog niet optimaal. De uitbesteding heeft (nog) niet tot de gewenste lastenverlichting geleid, terwijl ook de levering van managementinformatie niet optimaal verloopt.
- Cromstrijen heeft een rolstoelpool ingesteld. De rolstoelen staan opgesteld op diverse locaties in de gemeente. Mensen kunnen daarvan gebruik maken als ze incidenteel een rolstoel nodig hebben. Dit drukt de indicaties voor een eigen rolstoel en dat scheelt veel aanvragen;
- Cromstrijen kent geen wijkteams zoals bijvoorbeeld de gemeente Dordrecht heeft. In Cromstrijen komen burgers echt aan het loket voor een Wmo-aanvraag. Wel zit bijvoorbeeld MEE in het gemeentehuis en zijn er sociale raadslieden in het geval van financiële problemen. Grote problemen worden in het zorgoverleg besproken, daar zit bijvoorbeeld de politie bij, jeugdzorg en dergelijke.
- Bij de vervoersvoorziening (scootmobielen) heeft Cromstrijen 1 aanbieder voor Zin. Hier kan dus niet overgestapt worden naar een andere aanbieder. Wel kunnen mensen met een pgb een andere scootmobielaanbieder kiezen.
- Cromstrijen doet aan hergebruik van Wmo-producten. Dit levert besparingen op.
- Beschermd wonen is voor Cromstrijen belegd bij Spijkenisse.

De risico's die uit het onderzoek bij Drechtsteden naar voren kwamen werden grotendeels herkend. De belangrijkste verschillen en aanvullingen waren:

- In het gesprek werd aangegeven dat er niet wordt herkend dat de aanbieders van HO cliënten 'pushen' om een HO+ indicatie aan te vragen. Als redenen hiervoor werden de goede relatie en dat de gemeente 'fair' is, genoemd. Daarnaast maakt bij HO bijna iedereen gebruik van 1 plaatselijke leverancier.. Bij Drechtsteden gaat het om meer aanbieders.
- Er wordt aangegeven dat zowel de organisatie als de gemeenschap klein is, zodat fraude en onregelmatigheden eerder opvallen.
- Zorgaanbieders proberen in sommige gevallen een hogere code met een hoger uurtarief te krijgen bij begeleiding.
- Cromstrijen heft een eigen bijdrage voor scootmobielen. Door daar een eigen bijdrage op te heffen, zijn er cliënten die hebben aangegeven dat ze de scootmobiel toch niet meer zo vaak gebruiken en in sommige gevallen inleveren, terwijl ze voorheen aangaven dat het toch wel handig was om de scootmobiel te hebben staan.

- Cromstrijen geeft bij begeleiding een indicatie af voor het aantal uren begeleiding, in plaats van uitsluitend voor een begeleidingsklasse. Hierdoor kunnen zorgaanbieders niet meer het maximale aantal uren in een klasse declareren.

3.5 De Wmo in Gorinchem

Bij de gemeente Gorinchem is een gesprek gevoerd met een beleidsmedewerker Welzijn en een coördinator uitvoering Wmo. Daarnaast zijn relevante documenten bestudeerd. De belangrijkste verschillen met de werkprocessen in Drechtsteden en de kenmerken voor de gemeente Gorinchem die uit het onderzoek naar voren kwamen, worden in het onderstaande kort besproken.

Gorinchem is een gemeente met ruim 35.000 inwoners. Gorinchem werkt nauw samen in de regio Ablasserwaard-Vijfheerenlanden. Beleidsmatig bereidt de gemeente Gorinchem veel voor met de gemeenten in de regio. De uitvoering is lokaal georganiseerd, de eigen keuzes worden daarin gemaakt. Gorinchem heeft een eigen uitvoeringsorganisatie. De Wmo-consulenten worden in de gemeente Gorinchem 'zorgadviseurs' genoemd. Ten tijde van het onderzoek waren er 7 zorgadviseurs werkzaam. In het kader van het leren is er in de aanloop naar de invoering van de Wmo 2015 veel casusoverleg gevoerd tussen deze adviseurs om consistentie en congruentie in de besluiten te creëren. Moeilijke casussen worden nog steeds één keer per week overlegd in een soort intervisie.

De werkprocessen binnen de gemeente Gorinchem vertonen veel overeenkomsten met de Drechtsteden. De volgende verschillen of aanvullingen zijn in het onderzoek naar voren gekomen:

- Gorinchem doet de eigen financiële administratie. Er is één systeem waar alles in staat: de melding, cliëntendossier, indicatie, verstrekkingsdossier;
- Het proces start met een vraag bij het klantcontactpunt (KCP) en aan de hand daarvan wordt gekeken of het een geval voor de Wmo is.
- Van de 7 zorgadviseurs is er één die vorig jaar bij het CIZ werkte. Deze persoon biedt een referentiekader bij de herindicaties bij de productgroep begeleiding. De SDD heeft dit niet. Ze hebben wel consulenten die een achtergrond in de zorg hebben en ervaring met indicatiestelling.
- Voor beschermd wonen is Dordrecht de centrumgemeente.
- Maatwerk begeleiding is productgericht gefinancierd (via pxq). Indicatie gebeurt daarbij op uren, en niet in klassen.
- In het pgb-beleid van de gemeente Gorinchem is gekozen voor tariefdifferentiatie. Hierbij worden de volgende tarieven gehanteerd: gecertificeerde instellingen (100%), via ZZP (75%) en via sociaal netwerk (50%).

De risico's die uit het onderzoek bij Drechtsteden naar voren kwamen werden grotendeels herkend door de respondenten. De belangrijkste verschillen en aanvullingen waren:

- Er zijn cliënten waarbij het pgb in het verleden gebruikt is als inkomensondersteuning. De zorgadviseurs komen dan op andere indicaties uit dan die in het verleden geweest zijn. Een voorbeeld is: een cliënt met een psychische aandoening krijgt op basis van deze aandoening een indicatie begeleiding individueel en die wordt uitgevoerd in pgb. In de praktijk blijkt de partner dit uit te voeren. Als de zorgadviseur aan de partner vraagt wat zij voor taken doet dan blijken dit taken te zijn die iedereen voor zijn partner

doet. Dat is geen begeleiding en daarmee oneigenlijk gebruik. De klant krijgt dan een lagere pgb. De gemeente indiceert dus niet automatisch wat CIZ deed.

- Er wordt aangegeven dat het bij allochtone mensen door de taal lastig is om goed te achterhalen wat er allemaal gebeurt, met name in het kader van begeleiding. Zij kennen de nuances in de taal niet waardoor dit lastiger is dan bij autochtone mensen.
- Begeleiding: de aanbieder heeft een dubbele rol in de gesprekken thuis. Hoewel de gemeente nadrukkelijk vraagt om aanwezigheid van iemand uit het netwerk van de klant, proberen zorgaanbieders soms hun eigen werk te behouden.
- Tussenpersonen worden soms als een probleem ervaren als de klant niet volledig handelingsbekwaam is. Er wordt dan soms geprobeerd om dagbesteding of begeleiding onder de Wmo te laten vallen omdat de indruk bestaat dat zorg vanuit de Wlz minder genereus is.
- Er zijn begeleiders die al gekanteld denken (zo zelfstandig en redzaam mogelijk te maken), maar er zijn ook nog begeleiders die in het oude blijven hangen van 'en we zorgen voor die klant'/pamperen.

3.6 De Wmo in Schiedam

In het onderzoek bij de gemeente Schiedam is gesproken met een beleidsadviseur van de gemeente en twee medewerkers van het uitvoeringsorgaan ROG-plus. Daarnaast zijn relevante documenten bestudeerd. De belangrijkste verschillen met Drechtsteden en kenmerken die hierbij naar voren kwamen worden in het onderstaande kort besproken.

De gemeente Schiedam heeft ruim 76.800 inwoners. De gemeente Schiedam heeft de uitvoering van de Wmo op afstand gezet. Zij heeft het belegd bij ROGplus. Dit is een gemeenschappelijke regeling samen met Maassluis en Vlaardingen. Consulenten doen de huisbezoeken in principe alleen, maar bij bijvoorbeeld agressie gaan er twee consulenten op huisbezoek. Er zijn een paar consulenten die ook meelezen. Het aantal consulenten varieert momenteel, vanwege de extra inzet van tijdelijke krachten vanwege de drukte. De consulenten moeten alle indicaties kunnen stellen.

De werkprocessen voor de gemeente Schiedam vertonen veel overeenkomsten met de Drechtsteden. De belangrijkste verschillen of aanvullingen die uit het onderzoek naar voren kwamen zijn:

- De toegang tot de Wmo maatwerkvoorzieningen ligt bij de WOT's (wijkondersteuningsteams) en ROGplus. Inwoners kunnen zich zowel bij de WOT's als ROGplus melden. Op termijn wil de gemeente de WOT's de eerste ingang laten vormen. Cliënten kunnen zich bij beide melden, maar de enige die beschikkingen af kan geven is ROGplus. Klanten kunnen dus niet 'shoppen' voor een andere indicatie. ROGplus en WOT's werken nauw samen.
- ROGplus doet de backoffice/facturen.
- Bij de aanvraag dient de cliënt een aanvraagformulier *met* het ondertekende onderzoeksverslag in. Het idee daarbij is dat er niet geshopt kan worden.
- Bij het onderdeel 'onderzoek': mensen kunnen ook nog een melding doen bij het gemeentelijk meldpunt. Als ze er bijvoorbeeld bij het wijkteam niet uitkomen, het niet eens zijn over de verslagstaten en daarmee geen voorziening aan kunnen vragen dan kunnen zij zich melden bij de gemeente. Daar is een apart meldpunt voor ingericht. Dan pakt een gemeentemedewerker het op en bekijkt het nog eens. Formeel kan er echter geen bezwaar gemaakt worden tegen zo'n onderzoeksverslag.

- Volgend jaar gaat Schiedam voor HO over naar resultaatfinanciering. Nu is het nog productfinanciering. Bij de uitvoering moeten klanten en aanbieders concrete werkafspraken gaan maken. Er wordt geïndiceerd op welke gebieden er zorg nodig is, maar de invulling daarvan wordt straks door de cliënt bepaald. Er is 1 resultaat geformuleerd: het voeren van een huishouden. Daarbij zijn er zes categorieën benoemd oplopend van lichte tot extra zware ondersteuning. Afhankelijk van een aantal criteria wordt de categorie bepaald. De aanbieder krijgt een tarief per 4 weken, afhankelijk van de categorie. En daar binnen kan de aanbieder zijn tijd besteden. Er is een kwaliteitsmedewerker bij ROGplus die kan bemiddelen als de aanbieder en cliënt er niet uitkomen bij het maken van de werkafspraken.
- Voor de productgroep begeleiding gaat Schiedam per 1 januari 2016 ook over van product- naar resultaatfinanciering. Hierbij is het geformuleerde resultaat 'sociaal en persoonlijk functioneren'. Ook hier gelden categorieën waarin cliënten ingedeeld worden, oplopend van de categorie 'waakvlam' tot extra zware ondersteuning.
- In Schiedam is er een productgroep 'rollen' en niet enkel 'rolstoel'. In de productgroep 'rollen' zitten rolstoelen (plus aanpassingen), scootmobielen en driewielfietsen. De productgroep vervoersvoorziening is dan echt vervoersdiensten.
- ROGplus voert beschermd wonen uit in opdracht van de centrumgemeente Vlaardingen.

De risico's die uit het onderzoek bij Drechtsteden naar voren kwamen werden grotendeels herkend door de respondenten van Schiedam. De belangrijkste verschillen en aanvullingen waren:

- Er wordt in een brief aan de cliënt gevraagd of er een derde aanwezig kan zijn bij het huisbezoek. Dit komt regelmatig terug bij de gemeenteraad. De raadsleden vinden dit erg belangrijk om te voorkomen dat mensen door de bezuinigingen zich erbij neerleggen als ze minder krijgen en niet de zorg krijgen die ze daadwerkelijk nodig hebben.
- Bij ROGplus kan dagbesteding alleen ingekocht worden met een PGB als er een AGB-code[16] is. Dit verlaagt het risico op fraude, omdat niet iedereen zomaar dagbesteding kan geven. Maar begeleiding individueel kan wel weer door iedereen gegeven worden, bijvoorbeeld door een broer of zus. De vraag is in hoeverre zij echt de juiste zorg kunnen leveren.
- Er is sinds de zomer van 2015 een pgb-controleur aangesteld bij ROGplus. Deze persoon heeft de taak om steekproefsgewijs huisbezoeken af te leggen en te controleren of de kwaliteit voldoende is. Daarmee kan fraude gesignaleerd worden, maar ook onjuist gebruik etc. Daarnaast kunnen bijvoorbeeld de uren van de cliënt aangepast worden indien noodzakelijk zodat de cliënt ook daadwerkelijk de ondersteuning krijgt die noodzakelijk is.

[16] AGB-code staat voor Algemeen GegevensBeheer-code. Dit is een landelijke code waarmee zorgaanbieders kunnen worden herkend. Zorgaanbieders staan met deze unieke code geregistreerd in een landelijke database.

3.7 Conclusies

Aan het eind van dit hoofdstuk worden er conclusies geformuleerd over de frauderisico's binnen de Wmo. Deze conclusies zijn niet alleen gebaseerd op de gesprekken en documenten van de eerder besproken gemeenten, maar ook op de gesprekken die met experts gevoerd zijn.

Pgb's blijven risicovol. De instelling van de SVB als beheerder van de pgb's maakt pgb-fraude niet onmogelijk. Dit komt doordat de SVB zich voornamelijk baseert op een papieren werkelijkheid waarbij actoren iets anders kunnen presenteren dan wat er feitelijk gaande is. Daarnaast zijn er risico's bij pgb's voor kwetsbare groepen. Veel kwetsbare mensen weten niet waar ze precies recht op hebben als ze een PGB-beheerder hebben, zeker als deze beheerder ook de rol van bewindvoerder heeft. Weliswaar zijn gemeenten verplicht onderzoek in te stellen naar de capaciteiten van de klant zelf om een pgb te behren of naar de "wetenschap en het kennisniveau" van de bewindvoerder, maar consulenten geven aan dat hier nog risico's liggen. Het is voor gemeenten in veel gevallen ook onmogelijk om een pgb te weigeren als zij twijfels hebben over de rechtmatige of passende besteding (artikel 2.3.6 Wmo).

Binnen de Wmo draait het vooral om fraude door zorgaanbieders en niet zozeer door cliënten. Dit kan zowel gelden voor pgb als zorg in natura. Hierbij ligt het grootste risico bij de minder mondige burgers. Zij hebben veelal niet de capaciteit om zich te verweren, weten niet wat er precies geïndiceerd is en waar ze dus 'recht op hebben'. Met de komst van begeleiding naar gemeenten is deze groep aanzienlijk groter geworden. De volgende onjuistheden zijn in het kader van dit onderzoek genoemd:

- Zorgaanbieders declareren meer uren dan geleverd(fout of fraude);
- Zorgaanbieder bieden onnodige zorg aan (ongepast gebruik);
- Zorgaanbieders werken weinig resultaatgericht (ongepast gebruik);
- Zorgaanbieders declareren zorg die feitelijk niet is geleverd, door bijvoorbeeld 'een praatje met de cliënt' te declareren als begeleiding (fout of fraude).

De grootste risico's voor onregelmatigheden lijken te liggen bij Wmo begeleiding en beschermd wonen en minder bij HO en hulpmiddelen. Dit komt doordat deze vormen van zorg relatief nieuw en complex zijn, maar ook omdat de resultaten minder tastbaar zijn dan bijvoorbeeld "het leveren van woonvoorzieningen". Daarbij komt ook dat de informatiesystemen op diverse onderdelen nog niet op orde zijn waardoor een goed overzicht ontbreekt. Zo geeft een van de experts aan: "Hulpmiddelen en huishouden hebben alle gemeenten wel onder controle, daar zijn ze alweer 7 jaar mee aan de slag. Dus daar zit het probleem niet. Het probleem zit echt bij Jeugd en bij Wmo-begeleiding. Het is nieuw, het is een ingewikkelder tak [...], het is nieuw dat we werken met sociale teams [...], het is nieuw dat we de ondersteuning zo integraal mogelijk proberen te doen. Wat ook van belang is, is dat de informatisering in het kader van de nieuwe Wmo nog niet goed functioneert; dat geldt voor Jeugd en de nieuwe Wmo. Hierdoor heb je als gemeente geen overzicht. Er is heel veel inspanning van gemeenten en zorgaanbieders nodig om dat draaiend te krijgen". Daarnaast gaat het om relatief hoge bedragen. Tot slot kan vermeld worden dat de herindicaties door gemeenten gezien kunnen worden als een goede stap om onregelmatigheden op te sporen. Daarbij kunnen echter wel situaties ontstaan waarbij de gemeente gaat botsen met zorgaanbieders die zeggen dat zij de expertise hebben wat betreft de indicaties. Voor gemeenten is het een aandachtspunt om consulenten hier voldoende tegen bestand te maken en ze handvatten te geven om dit te realiseren.

De eigen bijdrage kan gezien worden als een controlemiddel. Inwoners moeten voor de meeste voorzieningen in de Wmo 2015 een eigen bijdrage betalen. Het CAK int deze bijdrage voor de gemeenten. De hoogte is afhankelijk van het inkomen, vermogen, leeftijd en gezinssamenstelling van de inwoner. De eigen bijdrage kan gezien worden als een controlemiddel op het declaratiegedrag van de aanbieder. Indien inwoners geconfronteerd worden met een opvallend hoge eigen bijdrage kan dit een signaal zijn dat de zorgaanbieder meer declareert dan feitelijk geleverd wordt. Zo gaf een van de respondenten aan: "Eigen bijdrage: daar bellen mensen wel over. Bijvoorbeeld als de eigen bijdrage doorloopt in de vakantie. Tenzij mensen een laag inkomen hebben dan merken ze het niet, omdat de eigen bijdrage zo laag is. En het zijn vaak de mensen met het minste inkomen die de meeste zorg nodig hebben. En deze mensen hebben ook minder netwerk". Overigens geldt dit minder voor mensen met lage inkomens en weinig vermogen, omdat voor hen de eigen bijdrage relatief laag blijft.

Geen 'dubbel paar ogen principe' bij huisbezoeken. Over het algemeen doen de Wmo-consulenten de huisbezoeken alleen. Hierbij is het risico dat een indicatie een hoog subjectief gehalte krijgt, zeker met het oog op het relatief vage criterium dat een voorziening verstrekt wordt als het 'nodig' is. Uit het onderzoek komt naar voren dat gemeenten acties ondernemen om dit subjectieve gehalte te verminderen. Zo wordt er veel aan intervisie en overleg tussen consulenten gedaan. Daarnaast moet er vaak iemand meetekenen (mandaat) bij de besluiten. Ook geven respondenten aan dat er geïnvesteerd is in het realiseren van één lijn van indiceren. Tevens wordt dit in gemeenten ondervangen door nadrukkelijk te wijzen op het belang van de aanwezigheid van iemand uit het netwerk van de cliënt bij het 'keukentafelgesprek'. Tot slot kunnen cliënten in bezwaar gaan als ze het oneens zijn met het genomen besluit.

Weinig spanning ervaren tussen financiële en sociale doelstelling bij consulenten. Er wordt bij de Wmo-consulenten weinig spanning ervaren tussen wat consulenten willen sociaal gezien en wat planning en control wil. Consulenten krijgen geen financiële targets mee. Een van de respondenten zei bijvoorbeeld: "de intentie is om te indiceren wat nodig is, niet meer en niet minder. De consulenten weten prima dat er financiële druk zit op de Wmo, maar ze hebben uitdrukkelijk geen opdracht meegekregen om de gemeentebegroting te redden".

Afschuiving tussen regelingen. Hierbij gaat het vooral om afschuiving tussen de Wmo en Wlz. In de praktijk blijken zorgverzekeraars en gemeenten het niet altijd eens te zijn over de doelgroep waartoe een cliënt behoord. Vanuit doelmatigheidsperspectief kunnen gemeenten proberen hun Wmo-bestand door te lichten op wie er mogelijk voor een Wlz-indicatie in aanmerking komt. Dat zal schelen in de kosten. Daarnaast was een aandachtspunt, vooral binnen de Drechtsteden, de uitruil tussen de individuele en algemene voorzieningen. Mensen in gemeenten waar de algemene voorzieningen niet goed geregeld zijn, zullen meer een beroep doen op de maatwerkvoorzieningen.

Een laatste bevinding is dat er geen grote verschillen in frauderisico's tussen de verschillende gemeenten uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. De verklaring hiervoor kan gevonden worden in dat hoewel er sprake is van een decentralisatie de inrichting en de risico's voornamelijk volgen uit het landelijke beleidskader en de kenmerken van de producten zelf. De grootste frauderisico's blijken te liggen bij begeleiding en beschermd wonen, omdat deze productgroepen nieuw en relatief complex zijn en met relatief hoge bedragen gepaard gaan. Deze observatie wordt door alle onderzochte gemeenten gedeeld.

Tot slot is een vraag welke partijen aan zet zijn om bovengenoemde risico's te verminderen. De gemeente speelt een belangrijke rol bij het voorkomen van onregelmatigheden bij de uitvoering van de Wmo, zij heeft vanuit de wet de verantwoordelijkheid voor het toezicht en de handhaving. De gemeente heeft echter niet altijd de mogelijkheden om alle risico's zelfstandig aan te pakken. De gemeente heeft voor het toezicht voldoende en de goede informatie nodig. Hierin kan de gemeente zelf investeren door goed functionerende informatiesystemen in te richten en haar medewerkers te instrueren om informatie te verzamelen en alert te zijn. Voor het achterhalen van onregelmatigheden is het daarnaast ook noodzakelijk om gebruik te maken van de informatie vanuit andere kanalen waar deze kennis aanwezig is. Hierboven viel te lezen dat cliënten via hun eigen bijdrage signalen af kunnen geven over het gedrag van zorgaanbieders, maar ze kunnen dat uiteraard ook doen door klachten in te dienen. Daarnaast is contact met andere partijen die ervaringen hebben met de zorgaanbieders belangrijk. Specifiek voor de pgb's geldt dat er ook een goede informatie-uitwisseling moet zijn tussen de SVB en gemeenten. Daarnaast speelt het ministerie van VWS een cruciale rol om wettelijke kaders te maken waarin gemeenten ook in staat zijn om de relevante informatie te verkrijgen en effectieve handhavingsinstrumenten beschikbaar te hebben. Ook heeft het ministerie een rol bij de vermindering van de afschuiving tussen regelingen. Concluderend kan daarmee gezegd worden dat het voor de vermindering van de risico's op onregelmatigheden bij de uitvoering van de Wmo het noodzakelijk is dat de betrokken partijen voldoende samenwerken.

4. Rechtmatigheidsrisico's in de jeugdhulp

In dit hoofdstuk gaan we nader in op potentiële rechtmatigheidsrisico's in de jeugdhulp. Evenals bij de Wmo benadrukken wij dat het hier gaat om een inventarisatie van en eerste verkenning naar potentiële risico's die gesignaleerd worden in de dagelijkse praktijk van de (organisatie van) de jeugdhulp. Op basis van gesprekken met deskundigen die in hun dagelijkse werkpraktijk in aanraking komen met fouten, fraude en ongepast gebruik van zorggelden bestemd voor de jeugdhulp hebben wij een inventarisatie gemaakt van de rechtmatigheidsrisico's. Omdat de transitie van de jeugdhulp naar een gemeentelijke taak pas recentelijk heeft plaatsgevonden en nog niet volledig uitgekristalliseerd is, gaat het niet om vastgestelde verschijningsvormen van fraude, maar om risico's die mogelijk zouden kunnen plaatsvinden. Het is noodzakelijk om hier in een vroeg stadium al aandacht aan te besteden nu het nieuwe stelsel steeds meer zijn beslag krijgt en continuïteits- en transitieregelingen spoedig zullen ophouden te bestaan. Omdat informatiestromen nog niet volledig zijn en er bij gemeenten derhalve nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om analyses uit te voeren van daadwerkelijk geconstateerde gevallen van oneigenlijk gebruik, beperkt deze verkenning zich tot risico's die door de deskundigen gesignaleerd worden. Dit zijn geen vastgestelde gevallen van fraude of ander oneigenlijk gebruik, maar inschattingen van mogelijke risico's die samenhangen met de inrichting van het stelsel.

Voorafgaand aan de transitie van de jeugdhulp naar het gemeentelijke zorgdomein, is er weinig aandacht besteed aan de signalering van fouten, fraude en ander oneigenlijk gebruik in de jeugdhulp, met uitzondering van fraude met persoonsgebonden budgetten (pgb's). Aan laatstgenoemd onderwerp heeft de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid grote aandacht besteed, door de Tweede Kamer periodiek te rapporteren aan de hand van signaleringsbrieven over bevindingen uit strafrechtelijke opsporingsonderzoeken [17]. De informatie over frauderisico's in deze rapportages heeft deels ook betrekking op het domein van de jeugdhulp. De relevantie van deze informatie is voor gemeenten echter afgenomen vanwege een aantal herzieningen die zeer recentelijk zijn doorgevoerd.[18] Om die reden zijn de risico's die uit de rapportages naar voren gekomen niet meegenomen in dit onderzoek. Navraag om informatie bij andere partijen leert dat de voorheen beperkte aandacht voor fouten, fraude en ander oneigenlijk gebruik er in heeft geresulteerd dat risicoanalyses of andere informatie over handhavingsrisico's niet voorhanden of zeer beperkt beschikbaar blijken te zijn. We hebben daarom in het kader van achtergrondstudie slechts gebruik kunnen maken van enkele informatiebronnen.[19] Verder hebben we ons gebaseerd op de gesprekken met deskundigen.

[17] Het betreft bevindingen uit strafrechtelijke opsporingsonderzoeken met betrekking tot persoonsgebonden budgetten toen deze – voorafgaand aan de recentelijke transitie – nog onder de AWBZ vielen.
[18] Deze houden onder andere in dat uitbetalingen via een andere instantie – namelijk de Sociale Verzekeringsbank - lopen, dat uitbetalingen rechtstreeks aan zorgaanbieders worden gedaan in plaats van aan cliënten en uitsluitend op basis van facturen. In het vervolg van dit hoofdstuk zullen wij hier nader op in gaan.
[19] Informatiebronnen waar wij wel nadere informatie over fouten, fraude en andere vormen van oneigenlijk gebruik hebben aangetroffen die (mogelijk) relevant zijn voor het jeugddomein, zijn onder andere het Programmaplan Rechtmatige Zorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en enkele stukken van Zorgverzekeraars Nederland over controle en fraudebeheersing.

4.1 Inleiding

Sinds 1 januari 2015 is het jeugdstelsel ingrijpend herzien en is alle jeugdhulp gedecentraliseerd naar de gemeenten. Onder jeugdhulp worden de ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders bij alle denkbare opgroei-, opvoedings- en psychische problemen en stoornissen verstaan. Op grond van de Jeugdwet, die per 1 januari 2015 in werking is getreden, zijn gemeenten nu verantwoordelijk voor een drietal taken: 1. het treffen van voorzieningen op het gebied van jeugdhulp bij problemen met het opgroeien en opvoeden en psychische problemen en stoornissen, de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie; 2. het op een laagdrempelige en herkenbare wijze advies geven over en het bepalen en het inzetten van de aangewezen vorm van jeugdhulp, en 3. het organiseren van de uitvoering van de jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering.[20]

Uit de Memorie van Toelichting bij de nieuwe Jeugdwet blijkt dat de herziening van het jeugdstelsel niet alleen een bestuurlijke overgang van taken en verantwoordelijkheden naar gemeenten inhoudt. Het gaat ook om een omslag in het denken over de organisatie en werkwijze in de jeugdhulp: meer preventieve en eerdere ondersteuning, uitgaan van de eigen kracht van jeugdigen en hun ouders, problemen minder snel medicaliseren, betere samenwerking rond gezinnen en jeugdhulp op maat. Het uitgangspunt is dat ouders zelf de regie over de opvoeding van hun kinderen dienen te nemen en te houden, tenzij dit een onverantwoord risico voor het kind oplevert. Dit vraagt een vraaggerichte houding van hulpverleners, waarbij er wordt gepraat *met* ouders en jeugdigen in plaats van *over* hen. Hiermee wordt beoogd jeugdigen en ouders meer invloed te geven op de kwaliteit van de zorg die hen geboden wordt. De jeugdhulp, de uitvoering van de kinderbeschermingsmaatregelen en de jeugdreclassering dienen zoveel mogelijk in samenhang met andere hulp te worden verleend. Deze integrale hulp wordt verleend vanuit het principe 'één gezin, één plan, één regisseur'. Het uitgangspunt van dit principe is dat ouders en jeugdigen eerstverantwoordelijk zijn. Zij zijn vertrekpunt van de hulp en ondersteuning en coördineren hun eigen (hulpverlenings-)proces.[21]

In dit hoofdstuk gaan wij nader in op het landelijk beleidskader van de Jeugdwet en de verschillende vormen van jeugdhulp die naar de gemeenten zijn gedecentraliseerd. Vervolgens beschrijven wij de wijze waarop het landelijke beleidskader is vertaald in de regio Zuid-Holland Zuid. Daarbij kijken we niet alleen naar de organisatie van de jeugdhulp, maar onderscheiden wij ook voor de verschillende processtappen in de jeugdhulp welke mogelijke risico's op fraude, fouten en ander oneigenlijk gebruik aanwezig zijn. Tenslotte maken we een vergelijking met de inrichting van de jeugdhulp in de gemeente Schiedam en bezien we op welke wijze het landelijk beleidskader daar is vertaald in de praktijk en tot welke risico's dat leidt.

[20] Binnen het geheel van het jeugdterrein zijn de jeugdbescherming en de jeugdreclassering twee bijzondere taken. Deze taken worden vanwege het verplichtende karakter voor ouder en kind ook wel het gedwongen kader genoemd.
[21] *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet.* 1 juli 2013.

4.2 Landelijk beleidskader van de Jeugdwet

Gemeenten hebben op grond van de Jeugdwet de verantwoordelijkheid om de jeugdhulp voor jeugdigen en ondersteuning van opvoeders te organiseren. Zij dienen ervoor zorg te dragen dat jeugdigen en hun ouders binnen de gemeente of een daartoe door de gemeenten aangewezen organisatie terecht kunnen met vragen en zorgen over de opvoeding, ontwikkeling, geestelijke gezondheid of veiligheid van een kind.[22]

Vormen van jeugdhulp

Op grond van de Jeugdwet zijn gemeenten volledig bestuurlijk en financieel verantwoordelijk voor de jeugdhulp, daar waar ze dat voorheen slechts gedeeltelijk waren. Gemeenten blijven net als voorheen verantwoordelijk voor de zogenoemde preventie, opgroei- en opvoedondersteuning en de gezondheidsbevordering, maar zijn vanaf 2015 ook verantwoordelijk voor verschillende vormen van ondersteuning, hulp en zorg die voorheen vielen onder de Wet Jeugdzorg (de geïndiceerde jeugdzorg die voorheen tot de verantwoordelijkheden van de provincie behoorde), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (jeugdhulp voor licht verstandelijk beperkten en licht verstandelijk gehandicapten, begeleiding, persoonlijke verzorging, kortdurend verblijf en jeugd-ggz indien het opnamen van langer dan een jaar betreft), de Zorgverzekeringswet (jeugd-ggz, dyslexiezorg), alsmede de gesloten jeugdzorg (voorheen ondergebracht bij het Rijk) en de zorg die in het gedwongen kader van jeugdbescherming en jeugdreclassering wordt verleend (deze laatste categorie viel voorheen ook onder de verantwoordelijkheid van de provincie).[23][24] Bijlage 4 bevat een overzicht van de verschillende vormen van jeugdhulp.

Organisatie van jeugdhulp

Gemeenten dienen de organisatie van de jeugdhulp af te stemmen op de lokale gemeentelijke situatie. Voor wat betreft de toegangsfunctie is in de Jeugdwet expliciet de mogelijkheid tot verwijzing naar de jeugdhulp opgenomen voor de huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts. Voor een goede integrale hulpverlening is het echter van belang om de totale situatie van de jeugdige en gezin in beeld te hebben. De gemeente dient voor een integrale zorgaanpak een (multidisciplinaire) toegangspoort te creëren die kan beslissen over het inzetten van passende hulp, zo schrijft de Jeugdwet voor. Mede vanuit het oogpunt van de kwaliteit van de hulpverlening en kostenbeheersing moeten gemeenten kunnen sturen op volumebeheersing. Het is daarom relevant dat gemeenten afspraken maken met zorgverzekeraars en professionals en zo nodig andere partijen daarbij betrekken. Daarbij dient in ieder geval aandacht te zijn voor het voorschrijf- en doorverwijsgedrag van deze artsen, maar kunnen ook afspraken gemaakt worden over de inzet van de huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts binnen het uitgangspunt van het principe 'één gezin, één plan, één regisseur'.[25]

Het uitgangspunt van de stelselherziening is dat jeugdhulp beter, efficiënter en effectiever op lokaal niveau geregeld kan worden. Gemeenten zijn daarom ook verantwoordelijk voor de kwaliteit van de uitvoering ervan. Bij de financiering van de jeugdhulp kunnen gemeenten in het contract kwaliteitseisen stellen aan de te leveren diensten. Verder kunnen gemeenten

[22] *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet.* 1 juli 2013.
[23] *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet.* 1 juli 2013.
[24] VNG. *Infographic Jeugdwet.*
[25] *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet.* 1 juli 2013.

gebruik maken van keurmerken, klachtenregistratie en onderzoeken naar klanttevredenheid. Het ontvangen van gegevens, geluiden en signalen is voor de gemeente essentieel om de jeugdhulp (bij) te kunnen sturen. De regering acht een aantal kwaliteitseisen zo fundamenteel dat deze in de Jeugdwet uniform zijn geregeld. Het gaat om de volgende kwaliteitseisen die gelden voor alle vormen van jeugdhulp:

- De norm van verantwoorde hulp, inclusief de verplichting om geregistreerde professionals in te zetten, tenzij...;
- Gebruik van een hulpverleningsplan of plan van aanpak als onderdeel van verantwoorde hulp;
- Systematische kwaliteitsbewaking door de jeugdhulpaanbieder;
- Verklaring omtrent het gedrag voor alle medewerkers van een jeugdhulpaanbieder, uitvoerders van kinderbeschermingsmaatregelen of jeugdreclassering;
- De verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- De meldplicht calamiteiten en geweld;
- Verplichting om de vertrouwenspersoon in de gelegenheid te stellen zijn taak uit te oefenen.

Naast deze wettelijke kwaliteitseisen kunnen gemeenten in de voorwaarden bij hun contractuele overeenkomsten met jeugdhulpaanbieders zelf ook eisen stellen aan de kwaliteit van de jeugdhulp.[26] In het nieuwe stelsel maken gemeenten afspraken met instellingen. Gemeenten kunnen afhankelijk van hun eigen visie de afspraken met jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen vormgeven. Als sturingsmogelijkheden heeft de gemeenten niet alleen de bekostiging, maar ook het maken van sturingsafspraken, zoals afspraken over toegang, volume, budgetbeheersing en capaciteitsafspraken.[27] In de Jeugdwet is tevens vastgelegd dat gemeenten verantwoordelijk zijn om in een beleidsplan vast te leggen hoe ze invulling geven aan hun nieuwe verantwoordelijkheid voor het beleid en uitvoering rond preventie en jeugdhulp.

Persoonsgebonden budgetten

Jeugdigen en hun ouders kunnen ook aanspraak maken op persoonsgebonden budgetten (pgb's) voor zorg, begeleiding, hulp of voorzieningen in het kader van de jeugdhulp. Zorg op basis van pgb's geldt als een alternatief voor de zorg in natura die instellingen leveren op basis van een contract met de gemeente. Het pgb stelt jeugdigen en ouders in staat om eigen afwegingen te maken en keuzevrijheid te hebben voor de zorg die zij zelf het meest geschikt achten. Het pgb kan bijvoorbeeld ook ingezet worden voor informele zorg of om zorg af te nemen bij zorgaanbieders met wie de gemeente geen contract heeft afgesloten. Aan het pgb zijn in de Jeugdwet beperkende voorwaarden verbonden. Als een jeugdige of zijn/haar ouders een pgb willen aanvragen, dan doen zij dit bij een professional uit een lokaal team binnen de gemeente. Dit kan bijvoorbeeld een jeugdteam, wijkteam of sociaal team zijn. In de Jeugdwet staat aangegeven dat het College van B&W het pgb na aanvraag verstrekt als zij de drie criteria die daarvoor zijn gesteld positief beoordeelt. De jeugdigen en hun ouders moeten er blijk van geven dat zij over de vaardigheden beschikken om de jeugdhulp die tot de individuele voorziening behoren zelf bij derden in te kunnen kopen. De verantwoordelijkheid om het voldoen aan deze drie criteria aan te tonen, ligt bij de jeugdige, zijn ouders of de rechtsvertegenwoordiger. De formele bevoegdheid om deze besluiten te

[26] *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet.* 1 juli 2013.
[27] *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet.* 1 juli 2013.

nemen ligt bij de gemeenten. De jeugdteams, wijkteams of sociale teams beoordelen de criteria inhoudelijk en geven daarover advies aan de gemeenten. Zij kijken of:

1. De jeugdige en/of zijn ouders op eigen kracht of met ondersteuning uit het eigen netwerk voldoende in staat zijn de aan een pgb verbonden taken op verantwoorde wijze uit te voeren;
2. De jeugdige en/of zijn ouders zich gemotiveerd op het standpunt hebben gesteld dat zij de individuele voorziening die wordt geleverd door een aanbieder, niet passend achten;
3. Naar het oordeel van de professional van het jeugdteam is gewaarborgd dat de jeugdhulp van de individuele voorziening die de jeugdige of zijn ouders uit het pgb willen financieren, van goede kwaliteit is.[28]

Indien het pgb ingezet wordt voor informele zorg, wordt er iemand uit het sociale netwerk van de jeugdige en zijn ouders ingeschakeld om de nodige ondersteuning te leveren. Voor het inschakelen van informele zorg gelden naast bovengenoemde kwaliteitscriteria ook een aantal aanvullende voorwaarden:

- De persoon die de zorg gaat verlenen, moet verklaren dat hij in staat is deze zorg te verlenen;
- De persoon die de zorg gaat verlenen, moet verklaren dat hij op geen enkele wijze druk op de ontvanger van het pgb heeft uitgeoefend bij zijn besluitvorming;
- De persoon die de zorg gaat verlenen, overlegt een verklaring omtrent gedrag;
- Ook het pgb voor informele zorg is volledig bedoeld voor zorg en ondersteuning.[29]

Verstrekking van een pgb vindt niet plaats indien het ernstige vermoeden bestaat dat de aanvrager problemen zal hebben met het omgaan met een pgb. Hiervan is sprake als bij schulden beslaglegging op het pgb dreigt, als er sprake is van verslaving en of problemen van psychische aard en als mag worden verwacht dat het pgb niet zal worden besteed aan zaken waarvoor het bedoeld is.[30] Daarnaast vindt de verstrekking niet plaats als op voorhand vast staat dat binnen korte tijd vervanging van de voorziening nodig is, als het ter vervanging is van een voorziening in natura waarvan de afschrijftermijn nog niet is verstreken, of indien bekend is dat belanghebbende op een zodanige termijn gaat verhuizen dat de afschrijftermijn ten tijde daarvan nog niet zal zijn verstreken. Indien aanvragers van jeugdhulp niet voldoen aan de voorwaarden die aan hen gesteld worden, komen zij niet in aanmerking voor een pgb en ontvangen zij de benodigde zorg in natura. [31]

Indien een pgb formeel is toegekend, ontstaat voor het toegekende bedrag een trekkingsrecht bij de Sociaal Verzekeringsbank (SVB). In Zuid-Holland Zuid is als uitgangspunt voor het bepalen van de hoogte van het pgb, dat het pgb een afgeleide is van de gecontracteerde prijzen voor zorg in natura. Het pgb is gelijk aan het laagst gecontracteerde tarief voor vergelijkbare zorg in natura. Daarnaast is er tariefdifferentiatie op inhoud en vorm van levering. Dit betekent dat er verschillende tarieven zijn voor bijvoorbeeld verzorging, begeleiding of behandeling en verschillende tarieven voor zorg geleverd door een gecontracteerde aanbieder, een zelfstandige zonder personeel of een persoon uit het

[28] *Beleidsrijk Regionaal Transitie Arrangement. Jeugdhulp Zuid-Holland Zuid.*
[29] *Beleidsrijk Regionaal Transitie Arrangement. Jeugdhulp Zuid-Holland Zuid.*
[30] *Beleidsregels bij de toepassing van de Verordening Jeugdhulp in de regio Zuid-Holland Zuid.*
[31] Zie: http://www.hoeverandertmijnzorg.nl.

sociale netwerk die de ondersteuning biedt (informele zorg). Het pgb wordt altijd toegekend voor een bepaalde periode. Het pgb dient ook in die periode te worden besteed.[32]

Toezichtskader

De Jeugdwet voorziet in landelijk en uniform toezicht op de aanbieders van jeugdhulp en de gecertificeerde instellingen en omvat de organisaties die in het jeugddomein werkzaam zijn. De Inspectie Jeugdzorg (IJZ) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voeren het toezicht uit in het nieuwe jeugdstelsel. Voor de jeugdhulp geldt dat de twee inspecties samenwerken. De IJZ heeft als taak het onderzoeken van de kwaliteit in algemene zin en zij houden samen met de IGZ toezicht op de naleving van de wet. In de gevallen waarin het gaat om de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke beslissingen, wordt het toezicht uitgevoerd door de Inspectie voor Veiligheid en Jusitie (IVenJ). De inspecties voeren daarnaast namens de ministers van VWS en VenJ een handhavende taak uit. Deze taak is gekoppeld aan het toezicht op de naleving en heeft betrekking op jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen. De IJZ betrekt de Colleges van B&W bij de uitvoering van haar toezichttaak. Zo kan een College in overleg met de IJZ treden over ad hoc onderzoek naar een bepaalde jeugdhulpaanbieder of gecertificeerde instelling.[33]

Op basis van de Jeugdwet kan een onderscheid worden gemaakt tussen nalevingstoezicht en kwaliteitstoezicht. Nalevingstoezicht richt zich op de rechtmatigheid en controle van primair de jeugdige en zijn ouders, terwijl kwaliteitstoezicht gericht is op de doelmatigheid van de zorgaanbieder. Het is de ambitie van gemeenten en jeugdhulporganisaties die de jeugdhulp uitvoeren in opdracht van de gemeenten om deze twee vormen van toezicht en handhaving in de praktijk om te vormen tot een integrale handhavingsaanpak.

4.3 Regionaal beleidskader Zuid-Holland Zuid

In de regio Zuid-Holland Zuid hebben zeventien gemeenten besloten om de jeugdhulp gezamenlijk te organiseren. De gemeenten Alblasserdam, Binnenmaas, Cromstrijen, Dordrecht, Giessenlanden, Gorinchem, Hardinxveld-Giessendam, Hendrik-Ido-Ambacht, Korendijk, Leerdam, Molenwaard, Oud-Beijerland, Papendrecht, Sliedrecht, Strijen, Zederik en Zwijndrecht hebben daartoe de Gemeenschappelijke Regeling Dienst Gezondheid & Jeugd Zuid-Holland Zuid in het leven geroepen .[34] Het samenwerkingsverband is belast met verschillende taken en verantwoordelijkheden, die verder strekken dan alleen de jeugdhulp. Zo is het verantwoordelijk voor taken op het gebied van de publieke gezondheid (waaronder de taken van de regionale gezondheidsdienst GGD), onderwijs (waaronder uitvoering van de Leerplichtwet), jeugdhulp (uitvoering van de Jeugdwet) en maatschappelijke ondersteuning (in het bijzonder huiselijk geweld en kindermishandeling, zoals bedoeld in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning). De Gemeenschappelijke Regeling bestaat uit twee organisatieonderdelen: de Dienst Gezondheid en Jeugd Zuid-Holland Zuid en de Serviceorganisatie Jeugd ZHZ. Laatstgenoemde is verantwoordelijk voor de jeugdhulp. De Gemeenschappelijke Regeling, een openbaar lichaam, bestaat uit een algemeen bestuur, een dagelijks bestuur en een voorzitter. Het algemeen bestuur bestaat uit leden die door de colleges van burgemeester en wethouders van de gemeenten uit hun midden worden aangewezen. Het dagelijks bestuur bestaat uit vier leden uit het algemeen bestuur. De voorzitter (van beide besturen) wordt aangewezen door het college van de gemeente

[32] *Beleidsrijk Regionaal Transitie Arrangement. Jeugdhulp Zuid-Holland Zuid.*
[33] *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet.* 1 juli 2013.
[34] *Sturingsnotitie Jeugdhulp ZHZ.*

Dordrecht. Ieder jaar stelt het algemeen bestuur van de dienst een beleidsplan en bijbehorende begroting op waarin de voorgenomen activiteiten met betrekking tot de taken en verantwoordelijkheden voor het volgende jaar worden vastgesteld.[35]

De zeventien gemeenten hebben begin 2014 het beleidsplan jeugdhulp vastgesteld. In het beleidsplan is beschreven dat *de jeugdige en het gezin* centraal staan. Als er problemen zijn, dan is het uitgangspunt dat het gezin dit zelf kan oplossen. Wanneer er problemen zijn die het gezin niet zelf kan oplossen, dan moet het voor hen normaal zijn om ondersteuning te vragen aan familie, vrienden, buren en anderen binnen hun sociale netwerk, oftewel de *sociale opvoedomgeving*. *Basisvoorzieningen* als huisartsen, jongerenwerk, religieuze organisaties, kinderopvangorganisaties, politie, scholen en verenigingen versterken de sociale opvoedomgeving. Gemeenten en onderwijs ontwikkelen gezamenlijk passende onderwijs- en zorgarrangementen.[36] Figuur 4.1 geeft een schematisch overzicht van de organisatie van de jeugdzorg in Zuid-Holland-Zuid. In het vervolg lichten we de belangrijkste elementen nader toe.

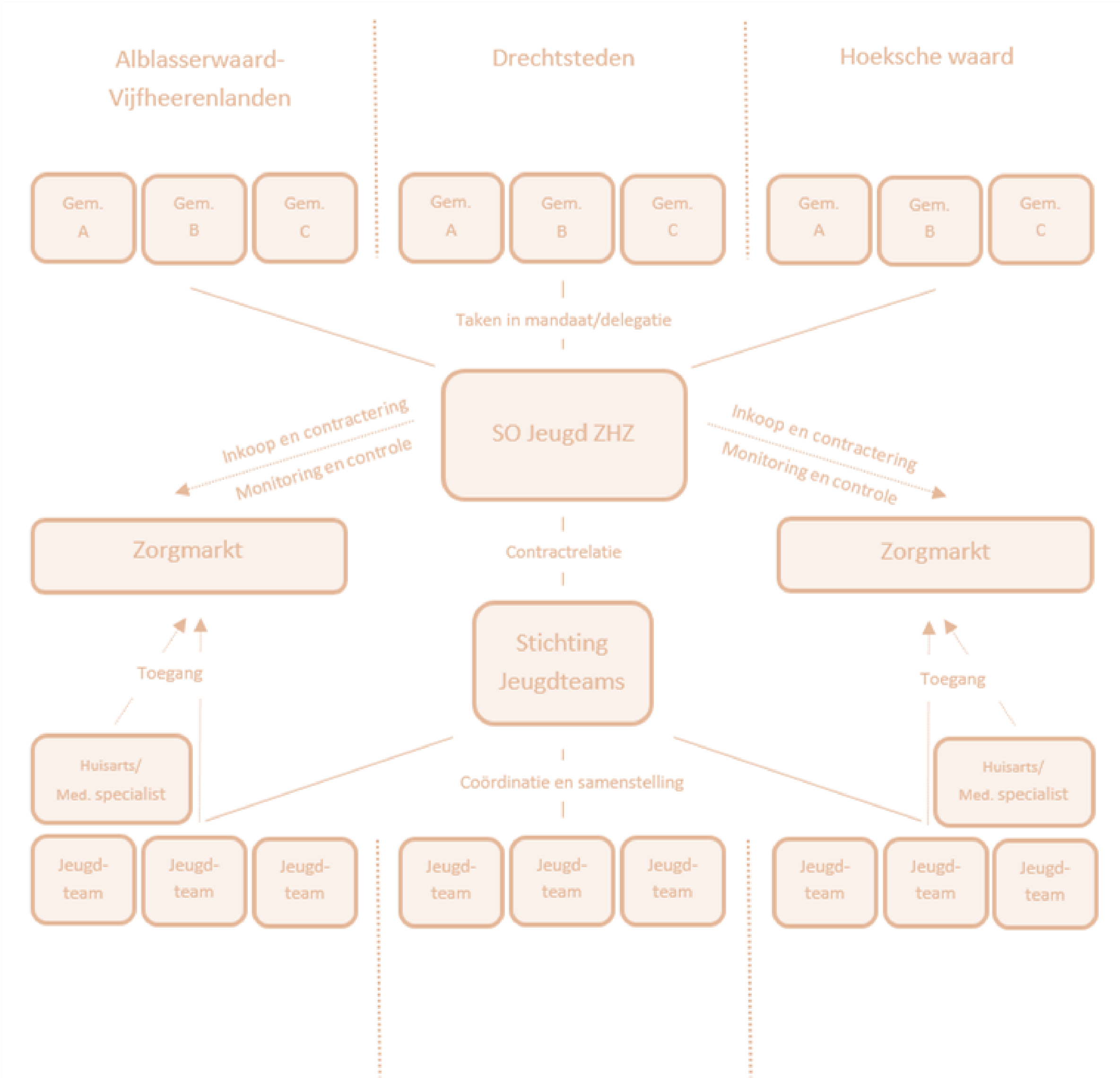
De jeugdteams

Voor alle hulpvragen vanuit jeugdigen die niet door de basisvoorzieningen kunnen worden beantwoord, is er het *jeugdteam/wijkteam/sociaal team* (verder: jeugdteam). De exacte terminologie is afhankelijk van de lokale invulling van deze voorziening in iedere afzonderlijke gemeente. Deze teams hebben drie hoofdtaken: zelf hulp verlenen, toegang bieden tot andere hulpverleners en de regie-functie voeren op de gehele jeugdhulp. In het nieuwe stelsel van jeugdhulp zijn de CJG-functies (het geven van informatie en advies, het signaleren van problemen, het bieden van licht pedagogische hulp en het doorschakelen naar jeugdhulp als dat nodig is) in sommige gemeenten onderdeel van de jeugdteams (afhankelijk van de keuzes van de gemeenten). De professionals die de CJG-functies uitvoeren, werken op de vind- en werkplaatsen van de basisvoorzieningen en vormen de toegang tot hulp en ondersteuning. Zij vormen de "voordeur" van de jeugdhulp en beoordelen of de ondersteuning die zij zelf kunnen bieden voldoende is of dat inzet van een generalist of specialist uit het jeugdteam nodig is.[37]

De professionals in de jeugdteams voeren werkzaamheden uit in opdracht van de gemeenten. Het jeugdteam bepaalt samen met het gezin welke zorg het best passend is, waarbij het uitgangspunt is: zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig. De professionals uit het jeugdteam geven advies, bieden basiszorg, stellen verdere diagnose of halen er specialistische hulp bij. Het jeugdteam is een onafhankelijk, transparant, generalistisch en multidisciplinair samengesteld team. De samenstelling is afhankelijk van een analyse van het werkgebied en de benodigde competenties. Indien nodig kan het jeugdteam er specialistische ondersteuning uit de *zorgmarkt* bij halen. In het geval van gesloten jeugdhulp (ook wel: gedwongen jeugdhulp) kan het jeugdteam bijvoorbeeld een verzoek gedwongen hulpverlening indienen bij de Raad voor de Kinderbescherming. Gedwongen jeugdhulp, bestaande uit kinderbescherming en jeugdreclassering, is een vorm van specialistische ondersteuning die in de zorgmarkt wordt georganiseerd. Onder de zorgmarkt worden de zorgaanbieders (bijvoorbeeld zorginstellingen) verstaan die anders dan de jeugdteams niet in dienst van de gemeenten werken. Bij gedwongen jeugdhulp draagt de rechter een maatregel op aan een door de gemeente gecontracteerde gecertificeerde instelling. De gecertificeerde instelling is dan wettelijk verantwoordelijk voor het uitvoeren van de

[35] *Gemeenschappelijke regeling Dienst Gezondheid en Jeugd Zuid-Holland Zuid.*
[36] *Beleidsplan jeugdhulp gemeente XXX.*
[37] *Beleidsplan jeugdhulp gemeente XXX.*

opgelegde maatregel.[38] De professional van het jeugdteam heeft het mandaat om, indien nodig, andere hulpverleners te betrekken of juist op afstand te houden. Dit geldt niet alleen voor het genoemde voorbeeld van de jeugdbescherming, maar voor alle vormen van zorg die niet vanuit het jeugdteam geboden kunnen worden en waarvoor toegang tot de zorgmarkt noodzakelijk is. Met het mandaat om andere hulpverleners te betrekken wordt invulling gegeven aan het principe 'één gezin, één plan, één begeleider'.



Figuur 4.1 De organisatie van de jeugdhulp in Zuid-Holland-Zuid

Het is de bedoeling dat de jeugdteams op basis van gebiedsanalyses een budget krijgen waarbij zij zelf verantwoordelijk zijn voor de inzet ervan. In de praktijk, waarin het nieuwe systeem nog niet volledig operationeel is zoals op voorhand werd bedacht, is deze budgetverantwoordelijkheid nog niet op deze wijze doorgevoerd. De jeugdteams bepalen welke hulp het meest geschikt is voor een jeugdige. Soms is de ondersteuningsvraag echter zo complex dat het voor het jeugdteam lastig is om dit te bepalen. In dat geval kan het team de vraag voorleggen aan een regionaal georganiseerd netwerk van specialisten en

[38] *Beleidsplan jeugdhulp gemeente XXX.*

ervaringsdeskundigen, het *Diagnostiek en Advies Netwerk (DAN)*. Het jeugdteam heeft de taak om goede samenwerkingsrelaties met gebiedsgebonden basisvoorzieningen op te bouwen, zoals met het onderwijs en huisartsen, het DAN en aanbieders van jeugdhulp.[39] De jeugdteams worden geëxploiteerd vanuit de onafhankelijke 'Stichting Jeugdteams Zuid-Holland Zuid', waar de Serviceorganisatie Jeugd ZHZ een contractrelatie mee heeft.[40] De stichting vormt de overkoepelende gecontracteerde partij die tevens het coördinatiepunt van alle lokale jeugdteams in de regio vormt en belast is met de aansturing, inrichting en samenstelling (in termen van personele bezetting) van de jeugdteams. De samenstelling van de jeugdteams gebeurt in samenspraak met de gemeenten.

Serviceorganisatie Jeugd ZHZ

Als onderdeel van de Gemeenschappelijke Regeling hebben de zeventien gemeenten de Serviceorganisatie Jeugd ZHZ opgericht. De gemeenten hebben opdracht aan de Serviceorganisatie gegeven om de jeugdteams in hun gemeente te organiseren.[41] De Serviceorganisatie voert in de regio Zuid-Holland Zuid de volgende jeugdhulptaken uit: het inkoopmanagement, het contractmanagement, budgetbeheersing en risicomanagement, monitoring en informatievoorziening, en accountmanagement en beleid.[42] De Serviceorganisatie heeft daarbij een aantal belangrijke rollen. Ten eerste contracteert de Serviceorganisatie in opdracht van gemeenten het jeugdteam, het DAN en de zorgmarkt. Ten tweede faciliteert de Serviceorganisatie het jeugdteam met een dashboard waarin budget, bestedingen, zorggebruik, trends, ontwikkelingen en risico's zichtbaar zijn. Hiermee kan het jeugdteam invulling geven aan haar budgetverantwoordelijkheid. Tenslotte is de Serviceorganisatie bezig met de realisatie van zorg voor kort-cyclische monitoring en verantwoording, zodat gemeenten zo nodig (tijdig) kunnen bijsturen.[43]

De Serviceorganisatie hanteert de wettelijke kwaliteitseisen bij het afsluiten van de contracten met aanbieders van jeugdhulp. Concreet betekent dit dat aanbieders aan de volgende voorwaarden moeten voldoen:

- Normen verantwoorde hulp zijn geborgd in de uitvoering;
- Medewerkers gebruiken het afgesproken hulpverleningsplan voor het vastleggen van doelen, hulpverleningsafspraken, voortgang en verantwoording;
- Medewerkers die betrokken zijn bij hulpverlening aan jeugdigen en gezinnen op grond van de Jeugdwet zijn ingeschreven in het kwaliteitsregister jeugdhulp;
- De aanbieder voert actief beleid uit ten aanzien van kwaliteitsregistratie en opleiding van medewerkers die ingezet worden voor jeugdhulp;
- De aanbieder verzamelt op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van de hulp en registreert en toetst deze op de vraag of de wijze van uitvoering leidt tot verantwoorde hulp, en verandert, op basis van de uitkomst van de toetsing, zo nodig de wijze waarop de jeugdhulp wordt uitgevoerd. De organisatie monitort jaarlijks de resultaten hiervan;
- De aanbieder beschikt over een verklaring omtrent het gedrag voor alle medewerkers;
- De aanbieder heeft een HKZ certificering of een gelijkwaardig certificaat;

---

[39] *Beleidsplan jeugdhulp gemeente XXX.*
[40] *Sturingsnotitie Jeugdhulp ZHZ.*
[41] *Beleidsrijk Regionaal Transitie Arrangement. Jeugdhulp Zuid-Holland Zuid.*
[42] Serviceorganisatie Jeugd ZHZ (2015). *Wat doen we?* URL: http://jeugdzhz.nl/wat-doen-we.html. Geraadpleegd op 1 december 2015.
[43] *Beleidsplan jeugdhulp gemeente XXX.*

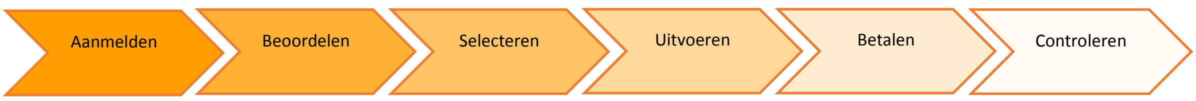
- Aanbieders die uitvoering geven aan maatregelen voor jeugdbescherming of jeugdreclassering voldoen aan de wettelijke eisen hiervoor;
- De aanbieder heeft de 'meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling' ingevoerd;
- In competentieprofielen is geborgd dat medewerkers beschikken over de benodigde kennis en vaardigheden om signalerend en handelend op te kunnen treden bij onder andere kindermishandeling;
- De aanbieder heeft een protocol voor melding calamiteiten en geweld en een klachtenregeling en monitort jaarlijks de resultaten hiervan;
- De aanbieder stelt op verzoek van de vertrouwenspersonen de gevraagde informatie beschikbaar;
- De aanbieder houdt jaarlijks een klanttevredenheidsonderzoek.[44]

De Serviceorganisatie faciliteert een maandelijks ambtelijk en bestuurlijk driehoeksoverleg tussen gemeente, Serviceorganisatie en Stichting Jeugdteams voor de praktische sturing op de jeugdteams. Met dit overleg stuurt de gemeente, samen met de Serviceorganisatie, inhoudelijk op de stappen, die in die specifieke gemeente of subregio nodig zijn om de transitie goed vorm te geven. Daarnaast wordt er gesproken over de verbinding tussen de jeugdteams en de lokale infrastructuur. Ook kunnen in dit overleg de maandrapportages met inhoudelijke en financiële sturingsinformatie worden besproken.[45]

Het vertrekpunt voor het regionale financiële verdeelmodel wordt gevormd door het budget dat het Rijk beschikbaar stelt aan de 17 gemeenten in Zuid-Holland Zuid voor het uitvoeren van jeugdhulp. Hoog specialistische jeugdhulp wordt landelijk ingekocht op basis van het Landelijk Transitie Arrangement (LTA). Het uitvoeren van jeugdhulp staat bij de gemeenten echter bij aanvang al onder financiële druk, onder meer omdat de decentralisatie gepaard gaat met een door het Rijk opgelegde efficiencykorting van in totaal 15 procent in een periode van drie jaar, startend in 2015. Daarnaast moeten gemeenten in 2015 alle cliënten die op 31 december 2014 jeugdhulp ontvingen, zorgcontinuïteit aanbieden door middel van hetzelfde hulptraject bij dezelfde aanbieder gedurende maximaal een jaar. De 17 gemeenten hebben afgesproken solidair met elkaar te zijn voor alle jeugdhulp die niet door de jeugdteams wordt aangeboden, maar wordt georganiseerd in de regionale zorgmarkt. Door samenwerking vangen de gemeenten met elkaar regionaal schommelingen in het gebruik van jeugdhulp op en beperken zij, op het niveau van een individuele gemeente, het financiële risico.[46]

4.4 De jeugdhulp in regio Zuid-Holland Zuid: processen en risico's

In de uitvoering van de jeugdhulp in de regio Zuid-Holland Zuid is een zestal processtappen te onderscheiden.



---

[44] *Beleidsrijk Regionaal Transitie Arrangement. Jeugdhulp Zuid-Holland Zuid.*
[45] *Sturingsnotitie Jeugdhulp ZHZ.*
[46] *Beleidsrijk Regionaal Transitie Arrangement. Jeugdhulp Zuid-Holland Zuid.*

De verschillende processtappen houden het volgende in:

1. Aanmelden. Bij problemen bij de jeugdige en/of het gezin is het uitgangspunt dat de jeugdige en het gezin eerstverantwoordelijk zijn voor het oplossen ervan. Indien dit niet mogelijk is, dienen zij eerst aanspraak te maken op de sociale opvoedomgeving en de basisvoorzieningen. Indien de basisvoorzieningen niet afdoende zijn, kan de jeugdige zich melden bij het jeugdteam. In deze stap gaan wij met name in op de zorgroute die volgt na aanmelding bij het jeugdteam. Daarnaast benoemen wij ook de zorgroute via de huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts, daar zij op de grond van de Jeugdwet de mogelijkheid hebben tot verwijzing naar de jeugdhulp.

2. Beoordelen. Het jeugdteam, de huisarts, de medische specialist of de jeugdarts beoordelen welke ondersteuning de jeugdige en/of het gezin nodig heeft. Zij beoordelen of de ondersteuning die zij zelf kunnen bieden voldoende is. Het uitgangspunt in de beoordeling is: zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig.

3. Selecteren. Indien er na de beoordeling specialistische ondersteuning nodig blijkt te zijn, selecteert het jeugdteam, de huisarts of de medisch specialist een geschikte zorgaanbieder uit de gecontracteerde zorgmarkt. Indien zorg in natura niet geschikt of passend blijkt, kunnen cliënten verzoeken om een zorgvoorziening die middels een pgb is georganiseerd. Op die manier kunnen zij zelf een keuze maken voor een zorgaanbieder, ook als deze niet gecontracteerd is door de Serviceorganisatie of als het om informele zorg (verstrekt door een persoon in het sociale netwerk van de cliënt) gaat.

4. Uitvoeren. Na het beoordelen en selecteren van de geschikte zorgaanbieder, wordt de jeugdhulp uitgevoerd door de desbetreffende zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan dus het jeugdteam, de huisarts, de medisch specialist, de jeugdarts of een meer specialistische zorgaanbieder van de gecontracteerde zorgmarkt zijn.

5. Betalen. De Serviceorganisatie betaalt vergoedingen aan de zorgaanbieder voor de geleverde zorg. De Serviceorganisatie is verantwoordelijk voor het inkopen en contracteren van alle zorgaanbieders jeugdhulp op de regionale zorgmarkt. Tevens is de Serviceorganisatie verantwoordelijk voor het contracteren en bekostigen van de gecertificeerde instelling(en) die jeugdbescherming en jeugdreclassering taken uitvoeren.

6. Controleren: De Serviceorganisatie faciliteert het jeugdteam met een dashboard waarin budget, bestedingen, zorggebruik, trend, ontwikkelingen en risico's zichtbaar zijn, zodat jeugdteams zicht hebben op de geleverde zorg. Daarnaast draagt de Serviceorganisatie zorg voor kortcyclische monitoring en verantwoording, zodat gemeenten zo nodig tijdig kunnen bijsturen. Middels dergelijke instrumenten kan de geleverde jeugdhulp in de regio Zuid-Holland Zuid worden gecontroleerd.

In het vervolg brengen wij per processtap in kaart waar mogelijke risico's op fraude, fouten en ander onjuist gebruik aanwezig zijn. Daarbij concentreren wij ons met name op de zorgroute voor de formele vormen van jeugdhulp, namelijk de hulp voor jeugdigen met psychische klachten of stoornissen, hulp voor jeugdigen met een verstandelijke beperking en begeleiding en persoonlijke verzorging voor jeugdigen. Dit is zorg die tot een individuele voorziening leidt. Ook richten wij ons op de zorg die verstrekt wordt op basis van

persoonsgebonden budgetten. Anders dan bij de Wmo vertonen deze verschillende hulpvormen uitvoeringstechnisch een grote overlap. Vandaar dat wij in dit hoofdstuk de informatie ordenen op basis van de verschillende processtappen in plaats van op basis van de verschillende vormen van jeugdhulp.

De mogelijke risico's op fraude, fouten en ander onjuist gebruik die wij in dit hoofdstuk noemen, zijn gebaseerd op de ervaringen en deskundigheid van professionals uit de jeugdteams en de Serviceorganisatie. Gedurende het onderzoek waren er in de regio Zuid-Holland Zuid echter geen gevallen bekend van fraude. Bovendien is de stelselherziening jeugd pas vanaf januari 2015 ingegaan, waardoor de gemeenten zich nog in een transitieperiode bevinden. Hierdoor dienen gegevens nog te worden opgebouwd om een inschatting te maken van de hoeveelheid geleverde zorg, het aantal jeugdigen met een hulpvraag en het verloop van budgetten. De genoemde risico's zijn daarom ook voortgekomen uit inschattingen van de professionals over waar zij in de verschillende processtappen vermoeden dat er mogelijkheden tot fraude, fouten en ongepast gebruik aanwezig zijn.

Aanmelden

Een jeugdige kan zich met een hulpvraag aanmelden bij verschillende partijen: bij het jeugdteam, de huisarts of de medisch specialist. Allen hebben de mogelijkheid door te verwijzen naar gespecialiseerde jeugdhulp. Jeugdigen kunnen strategisch afwegen waar zij zich willen aanmelden met hun hulpvraag. Zij kunnen een inschatting maken over waar zij de grootste kans maken om doorverwezen te worden. Daarnaast kunnen zij bij afwijzing door bijvoorbeeld het jeugdteam een tweede poging bij de huisarts wagen om zorg alsnog toegekend te krijgen. De gemeente financiert alle geboden jeugdzorg, ongeacht via welke partij de hulpvraag is aangemeld, mits dit een wettelijke verwijzer is en er wordt doorverwezen naar gecontracteerde zorg. Daar de Serviceorganisatie een faciliterende rol heeft ten opzichte van de jeugdteams, is er zicht op de omvang en het soort zorg dat de jeugdteams bieden. De huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts zijn ook wettelijk bevoegd om autonoom afwegingen te maken op basis waarvan jeugdigen al dan niet doorverwezen worden naar gespecialiseerde jeugdhulp. Vanuit de gemeente is er echter minder zicht op deze zorgroutes die niet via de jeugdteams verlopen. Dit bemoeilijkt het voeren van een goede financiële administratie en het opstellen van realistische ramingen en begrotingen. De Serviceorganisatie en de jeugdteams proberen dit te ondervangen door goede contacten op te bouwen met de huisartsen, de medisch specialisten en de jeugdartsen in de regio. Zoals de Jeugdwet ook voorschrijft, hebben zij aandacht voor het voorschrijf- en doorverwijsgedrag van deze artsen. Het maken van afspraken is echter niet eenvoudig.

Beoordelen

Het jeugdteam, de huisarts, de medisch specialist of de jeugdarts beoordeelt welke ondersteuning de jeugdige en/of het gezin nodig heeft. Professionals in het jeugdteam maken op basis van een gesprek met de jeugdige een inschatting over de noodzaak van zorg, de geschikte vorm en over de hoeveelheid zorg die passend is bij de zwaarte van de zorgvraag. Jeugdigen kunnen echter een ernstigere voorstelling van hun klachten geven om de hulpvraag groter te doen voorkomen, met als doel maximaal zorg te krijgen. De jeugdteams in de Drechtsteden hebben hiervoor als controlemechanisme het 'vier-ogen-principe' ingebouwd. Dit houdt in dat een jeugdprofessional altijd overleg pleegt met een collega over de passendheid van de voorgenomen zorg, voordat een definitief oordeel wordt gegeven. Deze vorm van zelfcontrole binnen het team dient te voorkomen dat er

onterecht te zware vormen van zorg worden toegekend. Tegelijkertijd biedt dit geen waarborg tegen de mogelijkheid dat jeugdigen of hun ouders moedwillig klachten kunnen overdrijven om meer zorg toegekend te krijgen, omdat er slechts met één van de twee betrokken jeugdprofessionals gesproken wordt.

Er bestaan binnen de jeugdteams ook vermoedens dat sommige jeugdigen 'begeleid' binnenkomen. Deze jeugdigen hebben dan bijvoorbeeld een brief bij zich waarin is beschreven wat de hulpvraag is en welke vorm van jeugdhulp nodig is. De jeugdprofessionals vermoeden dat dergelijke brieven in werkelijkheid door een zorgaanbieder van de gespecialiseerde zorgmarkt is opgesteld. De zorgmarkt heeft er tenslotte baat bij als een jeugdige doorverwezen wordt naar meer gespecialiseerde jeugdhulp. Een ander voorbeeld is dat sommige jeugdigen of ouders vrij nauwkeurig bepaalde woorden gebruiken om de hulpvraag te beschrijven. De jeugdprofessionals vermoeden ook in deze gevallen dat de jeugdigen door een bepaalde zorgaanbieder zijn geïnstrueerd om voor bepaalde typen zorg in aanmerking te komen. Jeugdprofessionals moeten daarom voldoende toegerust zijn om hier doorheen te prikken, bijvoorbeeld door ze te trainen om door te vragen en daarbij de juiste vragen te stellen. De jeugdteams zijn veelal zeer goed in staat om een inschatting te maken van de omvang van benodigde zorg als het gaat om hulp voor jeugdigen met een verstandelijke beperking of voor begeleiding en persoonlijke verzorging van jeugdigen. Op specialistische hulp voor jeugdigen met psychische klachten of stoornissen vindt minder sturing plaats; de jeugdteams verwijzen door, maar stellen geen plafond aan de benodigde zorg, omdat zij hier op voorhand geen inschatting van kunnen maken. Zorgaanbieders in de jeugd-ggz zijn daarom redelijk vrij om zelf te bepalen hoeveel zorg zij leveren aan cliënten. Dit beperkt de sturings- en controlemogelijkheden van de Serviceorganisatie.

Bij de toekenning van de persoonsgebonden budgetten is er geen geautomatiseerd systeem dat de omvang van het toegekende pgb afleidt aan de hand van de hulpvraag. Zowel voor de hoeveelheid tijd als het budget moeten jeugdprofessionals zelf berekeningen uitvoeren over de omvang die toegekend wordt. Volgens de jeugdprofessionals worden hier weleens fouten mee gemaakt: "een nulletje meer of minder". Het moet iemand opvallen wil deze fout nog uit het systeem gefilterd worden. Jeugdigen en hun ouders hebben tegelijkertijd in de meeste gevallen zelf geen idee hoeveel budget realistisch is voor hun hulpvraag. In de praktijk blijkt dat de meeste jeugdigen hier onvoldoende weet van hebben om er controle op uit te oefenen. Daarom kunnen er gemakkelijk onjuiste budgetten verstrekt worden (zowel te hoog als te laag). In het geval dat er een te hoog budget wordt verstrekt, is er bovendien ook geen prikkel om een melding te maken; dit is immers in het belang van de jeugdige en zijn ouders.

De Serviceorganisatie heeft eerder in een uitgevoerde risico-analyse vastgesteld dat er een risico aanwezig is dat de jeugdteams een beschikking afgeven aan een niet-rechthebbende.[47] Dit risico wordt echter als zeer laag ingeschat, omdat hiervoor een samenspanning nodig is in de keten die moeilijk haalbaar is. Waarschijnlijk is dit risico nooit helemaal te ondervangen, maar in elk geval zijn er voldoende *checks and balances* aanwezig om dit te voorkomen: de beoordelingen in het jeugdteam vinden altijd plaats aan de hand van een vier-ogen-principe en er is sturing op de jeugdteams vanuit de Stichting Jeugdteams. Het indiceren levert op zichzelf soms complexe situaties op. In sommige gevallen is het lastig om in te schatten of een cliënt nog binnen de tweedelijns zorg vanuit de Jeugdwet valt, of in aanmerking komt voor een zwaardere en kostbaardere vorm van zorg vanuit de Wet Langdurige Zorg. Jeugdprofessionals hebben de insteek om voor de cliënt de best mogelijke

[47] Zie: *Serviceorganisatie Jeugd Zuid-Holland Zuid.* Frauderisico-analyse Serviceorganisatie Jeugd.

vorm van zorg te willen regelen, zodat deze niet het risico loopt op een ontoereikende behandeling. Jeugdprofessionals zouden daarom de noodzaak kunnen voelen om de zorgvraag wat zwaarder aan te zetten, opdat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), die verantwoordelijk is voor de indicatiestelling van de wlz-zorg, tot een voor de cliënt passende beoordeling komt. Het CIZ stelt deze indicaties weliswaar onafhankelijk vast, maar doet dit op basis van een 'papieren werkelijkheid', zonder de cliënt te zien. Voor zorgaanbieders is er daarnaast een prikkel om jeugdigen onder de wlz-zorg te willen laten vallen: aan deze zorg zijn hogere tarieven gekoppeld en het gaat om langdurige trajecten waardoor instellingen hun financiering voor een langere termijn kunnen veiligstellen.

Selecteren

In de processtap van het selecteren van de aanbieder zijn er signalen dat zorgaanbieders uit de zorgmarkt soms rechtstreeks (potentiële) cliënten benaderen. Zorgaanbieders gaan bijvoorbeeld bij scholen langs om zo een zekere bekendheid en mogelijke vertrouwensband op te bouwen. Wanneer jeugdigen zich aanmelden met een hulpvraag, kunnen zij vervolgens specifiek aangeven naar welke zorgaanbieder zij verwezen willen worden. In de praktijk omzeilen zorgaanbieders daarmee het jeugdteam, dat juist een belangrijke 'voordeur' voor de toegang tot hulp en ondersteuning is. In de selectie van een bepaalde zorgaanbieder spelen ook persoonlijke ervaringen en contacten van de jeugdprofessional een rol. Bekendheid met een bepaalde zorgaanbieder beïnvloedt immers de keuze, waarbij goede ervaringen ertoe leiden dat er eerder wordt doorverwezen naar de betreffende zorgaanbieder. Het risico daarbij is dat andere zorgaanbieders onvoldoende worden meegenomen in de selectie. Hetzelfde geldt voor huisartsen, medisch specialisten en jeugdartsen. Binnen een huisartsenpraktijk kan er ook een praktijkondersteuner huisartsenzorg (poh) aanwezig zijn. Dit is een verpleegkundige die op een huisartsenpraktijk werkzaam is en hulp kan bieden aan cliënten die binnenkomen met een hulpvraag gericht op de geestelijke gezondheidszorg. De poh is dan het voorportaal van de jeugd-ggz, maar kan zelf afkomstig zijn van een ggz-instelling. Dit kan effect hebben op de doorverwijzingen. Voor medische specialisten en jeugdartsen geldt dat zij kunnen doorverwijzen naar een andere hulpverlener binnen dezelfde zorginstelling. In de selectie kan er op deze manier sprake zijn van belangenverstrengeling, waardoor doorverwijzingen niet altijd plaatsvinden op basis van een onafhankelijk oordeel. Het beperkte zicht dat de jeugdteams op het werk van medisch specialisten hebben en de beperkte controlemogelijkheden van de Serviceorganisatie versterken mogelijke problemen op dit vlak. Hoewel de gemeente ook beschikkingen afgeeft voor de indicaties die gesteld worden door huisartsen en medisch specialisten, is dit slechts een technische formele handeling; in feite wordt het oordeel van de huisarts of de medisch specialist altijd geaccordeerd. Medische professionals hebben nu eenmaal de wettelijke bevoegdheid om door te verwijzen. Hierover hoeft geen afstemming plaats te vinden met het jeugdteam.

Uitvoeren

Voor het uitvoeren van behandelingen in de zorg geldt dat er verschillende uiteenlopende rechtmatigheidsrisico's aanwezig zijn. In hoofdstuk 2 is een aantal veel voorkomende vormen van fraude besproken waarvan de risico's ook in de jeugdzorg door de professionals herkend werden. Zo kunnen zorgaanbieders te weinig zorg leveren, en toch de kosten declareren waarvoor het gecontracteerd is. Daarnaast kunnen zorgaanbieders behandelingen uitvoeren, waarvan de kwaliteit van de zorg discutabel is en het de vraag is of de geboden zorg wel doeltreffend is. Veelgehoorde klachten hierover hebben betrekking op allerlei vormen van therapie die in de geestelijke gezondheidszorg worden aangeboden, waarbij vraagtekens worden gesteld bij het nut ervan. Bij vermoedens van wantoestanden of

onvoldoende kwaliteit van zorg kan de gemeente besluiten een melding te doen bij de Inspectie Jeugdzorg of de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Andere instanties die zich met zorgfraude bezighouden zijn de Nederlandse Zorgautoriteit en het Openbaar Ministerie. Ook hier kan de gemeente terecht met een vermoeden van fraude. De Serviceorganisatie gaat momenteel zelf met zorgaanbieders in gesprek wanneer er vermoedens zijn van oneigenlijk gebruik, fouten of mogelijke fraude.

De gespecialiseerde jeugd-ggz voor jongeren met psychische klachten of stoornissen[48] wordt gefinancierd op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Dat zijn codes die de zorgvraag, diagnose en de totale behandeling van een patiënt weergeven en gebruikt worden bij de declaratie van zorg. DBC's koppelen behandelingen aan diagnoses en omvatten alle activiteiten van alle zorgaanbieders die betrokken zijn bij de behandeling van een aandoening. Op basis van DBC's kunnen aanbieders kosten declareren middels een digitaal registratiesysteem. In de jeugd-ggz wordt echter niet gewerkt met codes die gekoppeld zijn aan specifieke zorgproducten, maar met het registreren van het aantal minuten behandeltijd passend binnen de DBC. Voor de vergoeding van zorg wordt er gewerkt met staffels bestaande uit een aantal minuten behandeltijd (bijvoorbeeld 250-799 minuten en 800-1.799 minuten) waaraan tarieven gekoppeld zijn.[49] Hierdoor is er een prikkel aanwezig om strategisch om te gaan met tijdschrijven of om nog even door te gaan met een behandeling ook als dat strikt genomen niet noodzakelijk is. Door een behandeling een enkele minuut langer te laten duren, kan namelijk meer geld verdiend worden. In het voorbeeld van de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis gaat het soms om meer dan het dubbele aan vergoeding (799 minuten behandelen levert 1.211 euro en 800 minuten behandelen 2.539,69 euro). De verschillen in bedragen lopen bovendien snel op naarmate de behandeltijd langer duurt (in het geval van de grens tussen 29.999 minuten en 30.000 minuten, levert de extra minuut behandeltijd meer dan 17.000 euro op).[50] Zorgverzekeraars melden al jaren dat zorgaanbieders strategisch handelen met tijdschrijven. Zij baseren zich hierbij op statistische analyses die zij maken van behandelgegevens waarin zij over de gehele zorgmarkt bezien alle behandelingen (wat betreft de behandelduur) met elkaar vergelijken. Hieruit blijkt dat er telkens pieken zijn te ontdekken in de mate waarin bepaalde aantallen behandelminuten gedeclareerd worden. Deze pieken blijken telkens net na een grens tussen twee staffels te vallen. Hoewel het bij deze analyses zorg betrof die valt onder de Zorgverzekeringswet, is er geen reden om aan te nemen dat dit in de jeugd-ggz anders is; er wordt immers gewerkt met hetzelfde systeem. Deze vorm van strategisch gedrag bij zorgaanbieders komt niet aan het licht bij standaard formele controles (zelfs niet bij materiële controles). Slechts als behandelgegevens op grotere schaal met elkaar vergeleken worden, wordt het zichtbaar.

Betalen

In 2015 zijn gemeenten verplicht om zorgcontinuïteit aan jeugdigen aan te bieden die op 31 december 2014 jeugdhulp ontvingen. In het kader van deze zorgcontinuïteit moeten gemeenten daarom dezelfde aanbieders contracteren die op 31 december 2014 bezig waren met bepaalde hulptrajecten. Er zijn echter gevallen bekend waarbij zorgaanbieders

---

[48] En daarnaast ook bedprijzen en enkele producten in de basis GGZ.

[49] Voor de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis heeft de NZa bijvoorbeeld een tarief opgesteld van 1.211,00 euro bij een behandeltijd tussen 250 en 799 minuten en een tarief van 2.539,69 euro voor een behandeltijd tussen 800 en 1.799 minuten. Zie de tariefbeschikking voor 2015, opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit: NZa (2014). *Tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg*.

[50] Zie de tariefbeschikking voor de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis geldend voor 2015, opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit: NZa (2014). *Tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg*.

meer zorg aanbieden dan waarvoor budget is. Het budgetplafond van de zorgaanbieder is dan reeds bereikt. Zij gaan er vanuit dat de Serviceorganisatie alsnog met financiering komt, omdat de zorg nu eenmaal al geleverd is. Ook geldt het overgangsrecht waaruit continuïteit van de vastgestelde situatie op 31 december 2014 voortvloeit voor het zogenaamde woonplaatsbeginsel. Deze houdt in dat de zorgkosten van jeugdigen gedragen dienen te worden door de gemeente waarin de ouder met gezag woonachtig is. De overgangsregeling schrijft voor dat gemeenten in 2015 verplicht zijn om de zorgkosten te dragen van cliënten uit hun gemeente. Dat betekent in de praktijk dat er ook vergoedingen uitgekeerd moeten worden aan zorgaanbieders waarmee geen contractrelatie is, bijvoorbeeld doordat de jeugdige bij een zorgaanbieder in een andere gemeente of regio behandeld is. Er is daardoor weinig zicht op de verstrekte zorgvoorzieningen en de omvang ervan, maar toch moet de Serviceorganisatie de gemaakte kosten uitkeren omdat het inwoners uit de regio Zuid-Holland Zuid betreft.

Omdat het in sommige gevallen toch nodig bleek om budgetoverschrijdingen toe te staan, bijvoorbeeld als er geen andere mogelijkheid is voor een jeugdige en de zorg toch noodzakelijk is, heeft de Serviceorganisatie uitsluitend voor het jaar 2015 de zogenaamde 'nee, tenzij'-regeling in het leven geroepen. Deze regel maakt het mogelijk om ondanks het budgetplafond toch financiering voor zorg te krijgen. Deze regeling is enerzijds noodzakelijk, anderzijds zet het de deur op een kier, waardoor instellingen een nieuwe mogelijkheid zien om alsnog extra financiering te krijgen. Indien de zorgaanbieder niet de extra financiering krijgt, heeft zij namelijk de mogelijkheid direct de verantwoordelijke wethouder op te zoeken met het verzoek of zij meer zorg kunnen afgeven, bijvoorbeeld door deze te informeren dat er jeugdigen zijn in de gemeente aan wie zorg geweigerd moet worden. Hoewel de jeugdteams inhoudelijk moeten beoordelen voor welke aanvragen de 'nee, tenzij'-regeling van toepassing kan zijn, kunnen zorgaanbieders proberen invloed uit te oefenen en gaan zij langs de Serviceorganisatie heen om hun doel te bereiken.

Een andere mogelijkheid voor zorgaanbieders om zorg gefinancierd te krijgen is via pgb's. Bij pgb's mogen cliënten zelf kiezen bij wie zij hun zorg afnemen (dit kan ook in het informele netwerk). Zorgaanbieders zien via deze weg kansen om zorg alsnog gefinancierd te krijgen, zelfs als zij geen contract hebben afgesloten met de serviceorganisatie of als hun budgetplafonds bereikt zijn. Hoewel er nog steeds risico's verbonden zijn aan het gebruik van pgb's, zijn fraude, fouten en ander onjuist gebruik bemoeilijkt doordat er recentelijk nieuwe regels opgesteld zijn rondom pgb's. De Sociale Verzekeringsbank is verantwoordelijk voor de verstrekking van gelden en keert alleen uit aan zorgaanbieders - dus niet rechtstreeks aan de cliënt - en uitsluitend op basis van facturen. Daardoor is het een stuk lastiger geworden om financiële middelen uit het pgb uit te geven aan iets anders dan zorg. Het is nog steeds mogelijk dat cliënten en zorgaanbieders onderling afspraken maken om financiële middelen onderling te verdelen zonder dat er (voldoende) zorg geleverd is; er is echter wel een extra drempel gecreëerd. Het vereist een geldoverschrijving vanuit de aanbieder naar de rekening van de cliënt om te kunnen frauderen. Bovendien worden pgb's nu ook maximaal voor een periode van een jaar afgegeven. Ook zijn de controles op de zorg die bekostigd wordt vanuit pgb's sterk verbeterd: waar voorheen incidenteel controles plaatsvonden, is er bij de jeugdteams nu de intentie om ieder half jaar vast te stellen of vooraf opgestelde doelen bereikt zijn. Voor pgb's blijft echter ook in het nieuwe systeem gelden dat monitoring door de Serviceorganisatie lastig is, omdat cliënten deze zorg ook mogen afnemen bij ongecontracteerde zorgaanbieders, waardoor er geen onderlinge afspraken gemaakt worden of afstemming plaatsvindt met de Serviceorganisatie. Ook kunnen pgb's besteed worden aan informele zorg; de controle hierop blijft net als in het oude systeem erg

lastig. De Serviceorganisatie Jeugd ZHZ heeft het voornemen om vanaf 2016 te werken met een pgb-uitsluitingslijst, die ertoe moet leiden dat voor bepaalde vormen van jeugdhulp geen pgb verstrekt kan worden.

In de regio Zuid-Holland Zuid hebben de 17 gemeenten afgesproken solidair met elkaar te zijn voor alle jeugdhulp die niet door de jeugdteams wordt aangeboden, maar wordt georganiseerd in de regionale zorgmarkt. Door samenwerking vangen de gemeenten met elkaar regionaal schommelingen in het gebruik van jeugdhulp op en beperken zij, op het niveau van een individuele gemeenten, het financiële risico. Een gemeente die een budgetoverschot heeft, kan vanuit deze financiële solidariteit compenseren voor een gemeente met een overschrijding. Het gevaar hiervan is echter dat de solidariteit geen prikkel creëert om lokaal hoge kosten te voorkomen. Tegelijkertijd biedt het wel de mogelijkheid om elkaar aan te kunnen spreken op hoge zorgkosten. Als andere gemeenten bij moeten dragen aan budgettaire overschrijdingen, zullen zij ook vragen om uitleg, zo is de verwachting.

Controleren

Voor de controle op zorgaanbieders in de zorgmarkt is het voornaamste sturingsmechanisme voor de Serviceorganisatie Jeugd ZHZ het voeren van contractonderhandelingen. In de Jeugdwet is vastgelegd dat gemeenten in de voorwaarden bij hun contractuele overeenkomsten met jeugdhulpaanbieders zelf ook eisen kunnen stellen aan de kwaliteit van de jeugdhulp. De Serviceorganisatie heeft verschillende voorwaarden opgesteld waar aanbieders aan moeten voldoen bij het afsluiten van de contracten. Zo dienen medewerkers te zijn ingeschreven bij het kwaliteitsregister jeugdhulp en dient er actief beleid te worden gevoerd ten aanzien van kwaliteitsregistratie en opleiding van medewerkers die ingezet worden voor jeugdhulp. Indien er signalen zijn van onjuist gebruik door een zorgaanbieder, kan de gemeente daarop wijzen in de daaropvolgende contractgesprekken en kunnen er vervolgafspraken worden gemaakt. Het niet afsluiten van een contract met een zorgaanbieder kan dan als uiterste stok achter de deur worden gebruikt om aanbieders de gewenste richting op te laten bewegen.

De Serviceorganisatie jeugd ZHZ voert echter geen contractonderhandelingen met aanbieders van hoog specialistische jeugdhulp. Deze wordt namelijk geleverd via het Landelijk Transitie Arrangement (LTA). De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is verantwoordelijk voor deze zorginkoop en de bijbehorende contractonderhandelingen met zorgaanbieders.[51] Doordat de VNG de contractonderhandelingen voert voor deze zorg, heeft de Serviceorganisatie geen mogelijkheid om zorgaanbieders aan te spreken op bijvoorbeeld ongewenst gedrag en is er weinig inzicht in de omvang van deze zorg. Dit bemoeilijkt het voeren van een goede financiële administratie en het opstellen van realistische ramingen en begrotingen. In 2015 lijkt het erop dat de regio Zuid-Holland Zuid meer gebruik maakt van het LTA dan het vooraf door de VNG ingeschatte gemiddelde percentage van 3,7 procent van het budget. De Serviceorganisatie verwacht voor de regio Zuid-Holland Zuid boven de negen procent uit te komen. Eenzelfde principe geldt ook voor andere zorgvoorzieningen die aangeboden worden door instellingen waar de Serviceorganisatie geen contractrelatie mee heeft, bijvoorbeeld ongecontracteerde zorgaanbieders die bekostigd worden vanuit pgb's. Vanwege het ontbreken van contracten, kunnen er geen afspraken afgedwongen worden bij oneigenlijk gebruik.

[51] VNG (2015). *Landelijk transitiearrangement Jeugd 2015.*

De controle en monitoring op zorgaanbieders worden echter ook bemoeilijkt doordat zorgaanbieders zich met betrekking tot verantwoording kunnen beroepen op privacy wet- en regelgeving, mede vanwege een advies van het College Bescherming Persoonsgegevens. [52] Het College was van mening dat de informatie die de Serviceorganisatie van aanbieders verlangde teveel een doorbreking van het beroepsgeheim inhield. Het is daarom lastig om uitgebreide controles uit te voeren. De systematiek van technische, formele en materiële controles zoals zorgverzekeraars deze uitvoeren, is bij gemeenten (nog) niet aanwezig. Gemeenten hebben doorgaans ook geen medisch personeel in dienst die dossiers zouden mogen inzien om het bezwaar van het medisch beroepsgeheim te omzeilen. Deze discussie is niet specifiek voor de regio Zuid-Holland-Zuid, maar speelt in het hele land.

In de regio Zuid-Holland-Zuid worden echter nog andere stappen gezet in het kader van de controle. Middels een maandelijks ambtelijk en bestuurlijk driehoeksoverleg tussen gemeente, Serviceorganisatie en Stichting Jeugdteams stuurt de gemeente inhoudelijk aan op de stappen die nodig zijn om de herziening van het jeugdstelsel goed te laten verlopen. Namens de Serviceorganisatie voeren programmaregisseurs deze overleggen. Elk van de drie subregio's van Zuid-Holland Zuid heeft een eigen programmaregisseur. Dit zijn de contactpersonen voor de gemeenten vanuit de Serviceorganisatie. In het overleg wordt ook aandacht besteed aan fouten, fraude en ander oneigenlijk gebruik van voor de zorg bestemde gelden. Daarnaast zijn de overleggen bedoeld voor de praktische sturing op de jeugdteams, de verbinding tussen de jeugdteams en de lokale infrastructuur en worden er maandrapportages met inhoudelijke en financiële sturingsinformatie besproken. Met behulp van de kort-cyclische monitoring en verantwoording van de Serviceorganisatie, zijn gemeenten in staat zo nodig bij te sturen. Ook wordt er gebruik gemaakt van een accountantscontrole. De Serviceorganisatie hanteert voor de grote zorgaanbieders - met een omzet van 50.000 euro of meer - het uitgangspunt dat er een accountantsverklaring aanwezig moet zijn. Hierdoor vindt er een extra financiële check plaats.

Voor gemeenten geldt geen wettelijke verplichting om zorgfraude te bestrijden, anders dan voor zorgverzekeraars. Hoewel er een grote wens is om zorgfraude op te sporen en te bestrijden omdat het belang van een correcte besteding van publieke middelen breed gedeeld wordt en fraude als een serieuze bedreiging voor het maatschappelijk draagvlak van het zorgstelsel beschouwd wordt, moeten gemeenten een afweging maken of en wanneer het rendabel is om zorgfraude actief op te sporen en stevig in te zetten op de bestrijding ervan. Als er meer kosten gemaakt worden met het optuigen van een uitgebreid controlehuis om fraude op te sporen dan het oplevert, dient dit tenminste in de afwegingen ten aanzien van de aanpak van zorgfraude meegenomen te worden.

[52] Zie: CBP (2015). *Beroepsgeheim en declaraties in de jeugd ggz.*

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de belangrijkste bevindingen.

	Inhoud van de processtap	Betrokken netwerk	Prikkels	Checks and balances
Aanmelden	Jeugdige meldt zich bij jeugdteam, huisarts, medisch specialist of jeugdarts met hulpvraag	- Jeugdige en ouders - Sociale opvoedomgeving - Basisvoorzieningen - Huisarts, medisch specialist, jeugdarts	Jongere wil maximale zorg, en kan strategisch kiezen voor een aanvrager, namelijk daar waar hij verwacht de meeste zorg te verkrijgen	De gemeente onderhoudt contacten met de huisartsen, medisch specialisten en jeugdartsen, maar heeft weinig zicht en controle op de doorverwijzingen van de artsen
Beoordelen	- Jeugdteam, huisarts, medisch specialist of jeugdarts stelt de hulpvraag vast - Bij Wlz-zorg beoordeelt het CIZ of de afgegeven indicatie passend is	Jeugdteam, huisarts, medisch specialist, jeugdarts, CIZ	- Jongere wil maximale zorg, en kan een ernstigere voorstelling maken van de klachten - Zorgaanbieder wil zoveel mogelijk productie, en kan jongeren vooraf adviseren in het verwoorden van de hulpvraag - Pgb: berekening budget vindt handmatig plaats, hierdoor wordt weleens een te hoog of te laag budget toegekend - Beoordelen blijft bij jeugd-ggz beperkter, daar waar voor overige vormen van zorg specifieker wordt vastgesteld wat een passende omvang en duur van een behandeling zou zijn - Jeugdprofessionals kunnen beschikking afgeven aan een niet-rechthebbende - Jeugdprofessionals kunnen bij twijfelgevallen in het belang van de cliënt zorgvraag zwaarder aanzetten (bijv. zodat Wlz-zorg kan worden verstrekt) - Zorgaanbieders kunnen aansturen op indicering voor Wlz-zorg vanwege hogere en langdurige vergoeding	- De jeugdteams hanteren intercollegiale toetsing, het 'vier-ogen-principe' - Jeugdige kan bezwaar maken - CIZ beoordeelt of jeugdige in aanmerking komt voor Wlz-zorg
Selecteren	- Pgb: jeugdige en ouders selecteren aanbieder in overleg met jeugdteam - Zorg in natura: jeugdteam, huisarts, medisch specialist of jeugdarts selecteert aanbieder	- Pgb: jeugdige en ouders, jeugdteam - Zorg in natura: jeugdige en ouders, jeugdteam, huisarts, medisch specialist, jeugdarts	- Zorgaanbieder wil zoveel mogelijk productie, en benadert jeugdige rechtstreeks om de keuze te beïnvloeden - De jeugdteams selecteren op de meest geschikte aanbieder, maar persoonlijke voorkeuren zijn ook van invloed - belangenverstrengelingen bij selecteren van een gepaste aanbieder (bij jeugdteams, poh-ggz, huisarts, medisch specialist of jeugdarts)	- Pgb: SVB beheert Pgb-budget - Monitoring Serviceorganisatie -Gecontracteerde zorgaanbieders (van een bepaalde omvang) hebben een accountantsverklaring nodig
Uitvoeren	Zorgaanbieder levert benodigde zorg	Zorgaanbieder	- Zorgaanbieder kan langer behandelen dan noodzakelijk (overbehandeling)	- Jeugdige kan overstappen naar

	Inhoud van de processtap	Betrokken netwerk	Prikkels	Checks and balances
			- Er wordt zorg geleverd die medisch gezien niet noodzakelijk is - Spookzorg: zorg wordt gedeclareerd, maar is niet of niet in de mate die wordt voorgedaan geleverd - Dubbele bekostiging: zorg wordt dubbel geclaimd, bijvoorbeeld door openen van twee DBC's - Foutieve declaratie: overdeclaratie of upcoding - Strategisch tijdschrijven - Te hoge indicatie - Pgb-fraude of onderlinge afspraken - Instellingen registreren budget bij andere instellingen - zorgaanbieders verkrijgen alsnog extra financiering, ondanks bereiken van het budgetplafond, onder andere middels alternatieve financieringsvormen	andere aanbieder en/of klacht indienen - Juridische consequenties zijn hoog voor gecontracteerde zorgaanbieders
Betalen	De rekening voor de gevraagde zorg wordt betaald	- Pgb: SVB betaalt zorgaanbieder - Serviceorganisatie betaalt zorgaanbieder - Zorgverzekeraar betaalt sommige vormen van medisch geleverde zorg	- Zorgaanbieder wil zoveel mogelijk productie, en kan afspraken maken over verdeling pgb-budgetten, of te weinig zorg leveren - Jeugdige en zorgaanbieder kunnen er beide belang bij hebben om pgb-budget onderling te verdelen, zonder dat (voldoende) zorg geleverd wordt - Zorgaanbieders proberen extra financiering te krijgen ondanks budgetplafonds, bijvoorbeeld door de verantwoordelijke wethouder te benaderen met verhalen over onbehandelde jeugdigen of wachtlijsten, of door zorg middels pgb's alsnog gefinancierd te krijgen	- Pgb: Check bij SVB - Monitoring Serviceorganisatie
Controleren	Er wordt gestuurd op resultaat	- Gemeente - Serviceorganisatie - Stichting Jeugdteams - Inspectiediensten	- Beperkt systeem van controle - Bij opvraag informatie kan zorgaanbieder zich beroepen op privacy wet- en regelgeving - Contractonderhandelingen zijn middel om invloed uit te oefenen op gedrag van zorgaanbieders; zorg waarbij gemeenten niet verantwoordelijk zijn voor inkoop is kwetsbaar - Het principe van solidariteit tussen gemeenten zorgt voor weinig prikkels om lokaal hoge kosten te voorkomen - Geen wettelijke verplichting om zorgfraude te voorkomen of te bestrijden	- Gemeente heeft niet veel middelen om controle uit te oefenen op niet-gecontracteerde en informele zorg, maar maakt bij pgb's gebruik van controle op output, achterhaald aan de hand van een gesprek - Gemeenten kunnen elkaar aanspreken op budgetoverschrijding vanwege solidariteitsregeling

Tabel 4.1 Overzicht bevindingen Jeugdhulp

4.5. De jeugdhulp in Schiedam: processen en risico's

De inrichting van de jeugdhulp is in de gemeente Schiedam gedeeltelijk anders vormgegeven dan in de regio Zuid-Holland Zuid. In de regio Rijnmond, waar behalve Schiedam ook de gemeenten Albrandswaard, Barendrecht, Brielle, Capelle aan den IJssel, Goeree-Overflakkee, Hellevoetsluis, Krimpen aan den IJssel, Maassluis, Nissewaard, Lansingerland, Ridderkerk, Rotterdam, Vlaardingen en Westvoorne toe behoren, werken de gemeenten samen met betrekking tot de inkoop van zorg. Dit doen zij in het samenwerkingsverband Jeugdhulp Rijnmond. De uitgangspunten van de samenwerking zijn vastgelegd in de Gemeenschappelijke Regeling. Hier vanuit is een Regionaal Transitie Arrangement (RTA) opgesteld, waarin afspraken zijn gemaakt met de aanbieders gericht op de zorgcontinuïteit. In dit arrangement is een onderscheid gemaakt van vier zorgdomeinen, namelijk jeugd- en opvoedhulp, jeugdbescherming, jeugd-GGZ en zorg voor jeugd met een beperking. Per domein zijn afspraken gemaakt, waarin onder meer het budget per domein is opgenomen. Er is daarbij afgesproken dat het niet mogelijk is om budgetten tussen de verschillende gemeenten te compenseren. Dit RTA loopt twee jaar (met een mogelijkheid van verlenging met een jaar).

De inkoop vanuit de Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond gaat in het bijzonder om de meer kostbare vormen van jeugdhulp en om de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. De Gemeenschappelijke Regeling is niet alleen verantwoordelijk voor de inkoop, maar ook voor budgetbeheer, uitbetaling en controle. De uitvoerende gemeente in deze gemeenschappelijke regeling is de gemeente Rotterdam, en is belast met de uitvoering van bovenlokale taken in het kader van de uitvoering van de Jeugdwet. Indien er sprake is van budgetoverschrijding, dan dient de wethouder van Rotterdam daar goedkeuring aan te geven, na toestemming van de betreffende gemeente. De Gemeenschappelijke Regeling heeft de volgende twee taken:

1. Het uitvoeren van de bovenlokale taken door middel van het contracteren en/of subsidiëren van aanbieders van jeugdhulp en uitvoerders jeugdreclassering en jeugdbeschermingsmaatregelen in het kader van de Jeugdwet;
2. En het bevorderen van gezamenlijk overleg van de gemeenten inzake de uitvoering van jeugdhulptaken.[53]

In Schiedam wordt de inkoop van de overige vormen van jeugdhulp lokaal vormgegeven in samenwerking met de gemeenten Maassluis en Vlaardingen. Het bureau Inkoop MVS (Maasluis, Vlaardingen en Schiedam) voert dit uit. Bureau Inkoop is naast de inkoop van lokale vormen van jeugdhulp tevens verantwoordelijk voor het contractbeheer. De administratieve afhandeling van verwijzingen, declaratie en facturatie loopt via een backoffice die belegd is bij de uitvoeringsorganisatie ROGplus. Zij voeren tevens het budgetbeheer, uitbetaling en controle op de lokale inkoop.

Jongeren in Schiedam met een hulpvraag kunnen zich melden bij een Wijkondersteuningsteam (Wot). In Schiedam zijn er zes wijkondersteuningsteams, die ondersteuning bieden aan alle inwoners. Er wordt een integrale aanpak gehanteerd, en daarom werken jeugdprofessionals en professionals op het gebied van volwassenenhulpverlening samen in elk team. De wijkondersteuningsteams vormen de

[53] *Samenwerkende gemeenten jeugdhulp Rijnmond. Begroting 2015. Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond.*

toegang tot de gespecialiseerde voorzieningen en voorzieningen die langdurig ingezet moeten worden. Indien het team niet zelf de benodigde zorg en ondersteuning kan verlenen, gaat de hulpvraag naar de tweede lijn.[54] Elk wijkondersteuningsteam heeft een coördinator. Nadat medewerkers van het wijkondersteuningsteam hebben beoordeeld wat voor soort zorg en ondersteuning nodig is, controleert de coördinator het ondersteuningsplan en zet dit via het registratiesysteem door naar ROGplus voor het afgeven van een beschikking. ROGplus voert hierbij een administratieve toets uit. Het wijkondersteuningsteam doet zo de gehele voorbereiding op het afgeven van beschikkingen. Er wordt daarbij gebruik gemaakt van een zogenoemde 'productencatalogus', een overzicht waarin alle ingekochte zorg is opgenomen en geraadpleegd kan worden indien zorg uit de tweede lijn nodig is.

De in de voorgaande paragraaf genoemde risico's op fraude, fouten en ander onjuist gebruik gelden tevens voor Schiedam. Een belangrijk verschil is echter dat er in Schiedam zowel een regionale als een lokale inkooporganisatie aanwezig is, in tegenstelling tot de regio Zuid-Holland Zuid waar alleen een regionale Serviceorganisatie is. Schiedam maakt buiten de Gemeenschappelijke Regeling vanuit de regio ook nog gebruik van een sub-regionaal bureau (samen met Maassluis en Vlaardingen) dat belast is met inkoop van zorg vanuit lokaal niveau. In Schiedam is bewust is gekozen voor de invulling van integrale wijkondersteuningsteams, in plaats van teams die specifiek gericht zijn op jongeren zoals bij de jeugdteams in de regio Zuid-Holland Zuid het geval is. In Schiedam wordt elke indicatie naar de tweede lijn in eerste instantie altijd inhoudelijk afgestemd met een collega (vier- ogen principe) en daarna tevens voorgelegd aan de teamcoördinator, die deze goedkeurt. De aanpak van de gemeente Schiedam levert meerwaarde op: elke gestelde indicatie wordt gecontroleerd door een teamcoördinator, hetgeen een goede vergelijking mogelijk maakt. De teamcoördinator heeft daardoor een belangrijke waarborgfunctie: iedere afzonderlijke beoordeling wordt aan dezelfde persoon voorgelegd, die daardoor het overzicht heeft. Dit resulteert in eenduidigheid in de beschikkingen en gelijke behandeling van cliënten.

Als laatste verschil noemen wij graag de zogenoemde 'maandelijkse productiemonitor', die Schiedam opvraagt voor de lokale inkoop en gebruikt als controlemiddel ten opzichte van zorgaanbieders. In deze monitor is informatie over de verschillende gecontracteerde zorgaanbieders opgenomen, zoals daadwerkelijk geleverde zorg op productniveau. Aan de hand van deze monitor kunnen administratieve toetsen worden uitgevoerd, zoals bijvoorbeeld het controleren of de verschillende zorgaanbieders reeds hun budgetplafond hebben bereikt. Indien zorgaanbieders het budget hebben overschreden, dan voert de gemeente stevige gesprekken met de desbetreffende zorgaanbieder(s). De monitor verschaft ook informatie voor de wijkondersteuningsteams; op deze wijze kunnen zij een betere inschatting maken naar welke zorgaanbieder zij het beste kunnen doorverwijzen. Regionaal worden per kwartaal deze gegevens opgevraagd. Deze productiemonitor is ook te overwegen in andere regio's die nog zoeken naar een geschikt controlemiddel voor de inkoop.

[54] Gemeente Schiedam. *Een sterke basis! Concept kadernota jeugd 2015-2019*.

4.6 Conclusies

Een aantal van de vormen van fraude, fouten en ongepast gebruik die in hoofdstuk 2 zijn genoemd, worden door de deskundigen als rechtmatigheidsrisico's gesignaleerd in de jeugdhulp. Dit zijn met name:

- Jeugdige kan strategisch kiezen voor een aanvrager omdat er verschillende toegangsroutes zijn;
- Jeugdige kan een ernstigere voorstelling maken van zijn klachten om zorg te maximaliseren;
- Zorgaanbieders kunnen jeugdigen en ouders adviseren en begeleiden in het formuleren van een hulpvraag;
- Jeugdprofessionals kunnen een te hoge indicatie afgeven of een indicatie afgeven aan een niet-rechthebbende;
- Er kan sprake zijn van belangenverstrengeling van jeugdprofessionals, huisartsen en medisch specialisten bij het selecteren van zorgaanbieders;
- Zorgaanbieders kunnen spookzorg declareren of minder zorg leveren dan gefactureerd wordt;
- Zorgaanbieders kunnen zorg leveren en declareren die medisch gezien niet noodzakelijk is;
- Zorgaanbieders in de gespecialiseerde jeugd-ggz kunnen strategisch tijdschrijven in het DBC-declaratiesysteem;
- Jeugdigen, ouders en/of zorgaanbieders kunnen frauderen met het persoonsgebonden budget;
- Zorgaanbieders kunnen alternatieve manieren van financiering regelen, ondanks het bereiken van budgetplafonds.

Een aantal andere belangrijke conclusies ten aanzien van de risico's op fouten, fraude en andere vormen van oneigenlijk gebruik in de jeugdhulp zijn:

Het is lastig om grip op het proces te krijgen door complexiteit met verschillende vormen van toegang. Omdat een jeugdige zich met een hulpvraag kan aanmelden bij verschillende partijen (het jeugdteam, de huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts), is er weinig zicht op de toegang, de soort en omvang van zorg aan jeugdigen via alternatieve routes dan via het jeugdteam. Dit bemoeilijkt het voeren van een goede financiële administratie en het opstellen van realistische ramingen en begrotingen.

Er zijn signalen dat zorgaanbieders uit de zorgmarkt soms rechtstreeks (potentiële) cliënten benaderen met een overtuigend verhaal om zorg bij hen af te nemen, om deze vervolgens 'begeleid' naar het jeugdteam door te sturen met de opdracht een indicatie te verkrijgen. Daarmee omzeilen zij het jeugdteam, dat juist een belangrijke poortwachtersfunctie heeft voor de toegang tot hulp en ondersteuning.

Zorg waarbij gemeenten niet verantwoordelijk zijn voor de inkoop is kwetsbaar. Voor de controle op zorgaanbieders op de zorgmarkt is het voeren van contractonderhandelingen een van de voornaamste sturingsmechanismen van gemeenten. Het niet afsluiten van een contract kan fungeren als uiterst sturingsmiddel om nadere afspraken te maken over

oneigenlijk gebruik. Zorgaanbieders die geen contractrelatie hebben met gemeenten (in het geval van Zuid-Holland-Zuid de Serviceorganisatie), waaronder ook informele zorgaanbieders, zijn daarom beperkt beïnvloedbaar.

Informatiestromen van gemeenten zijn nog niet volledig op orde. Dit bemoeilijkt bijsturing op de organisatie van de jeugdhulp en het ontwikkelen van gepaste strategieën om onrechtmatigheden te voorkomen of op te sporen. Informatie inwinnen bij zorgaanbieders blijkt bovendien lastig, deels vanwege een gebrek aan bereidwilligheid om behandelgegevens af te staan omwille van de privacy van patiënten en de vertrouwelijkheid van artsen. Deels ontbreekt relevante sturingsinformatie ook vanwege transitie- en overgangsregelingen zoals de zorgcontinuïteit en het woonplaatsbeginsel. Per 2016 houden deze regelingen op en is het de verwachting dat gemeenten over meer informatie zullen beschikken.

Solidariteit tussen gemeenten biedt tegelijkertijd kansen én risico's. Het regionaal opvangen van budgetoverschrijdingen gebeurt door deze te compenseren met overschotten van andere gemeenten - zoals in Zuid-Holland Zuid - biedt de mogelijkheid om elkaar onderling aan te spreken op en ter verantwoording te roepen over overschrijdingen. Tegelijkertijd wordt er daardoor geen prikkel gecreëerd om lokaal hoge kosten te voorkomen. Dat is niet direct gerelateerd aan fraude, maar wel indirect; de afwezigheid van een prikkel om hoge kosten te voorkomen leidt mogelijk tot een lager gevoelde urgentie om onterecht uitbetaalde kosten op te sporen en terug te vorderen.

Pgb's blijven ook in de jeugdhulp risicovol. Ondanks de tussenkomst van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) als uitbetaler van de pgb's, blijven er risico's op fouten, fraude en ongepast gebruik aanwezig omdat de SVB uitsluitend administratieve controles uitvoert. Wat cliënten en/of zorgaanbieders aan kosten declareren en of gedeclareerde zorg (volledig) geleverd is, kan daarom niet sluitend worden geverifieerd. Dit is vergelijkbaar met de situatie van de voorzieningen die vallen onder de Wmo.

5. De omvang van onrechtmatigheden

In de voorgaande hoofdstukken zijn wij gedetailleerd ingegaan op de aard van de frauderisico's in het gemeentelijke zorgdomein. Daarbij hebben wij de verschillende organisatorische procedures gedetailleerd beschreven, de prikkelstructuur bekeken en de aanwezige check- en balances geanalyseerd voor de in dit onderzoek participerende gemeenten. Een tweede onderdeel van de centrale vraag van dit onderzoek is de vraag naar de omvang van de fraude in het gemeentelijke zorgdomein. Helaas moeten wij constateren dat dit onderdeel van de vraagstelling op basis van de bij de stakeholders aanwezige kennis en gegevens niet te beantwoorden is. Ook het eindrapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (2014b) geeft geen uitsluitsel over de omvang van de onjuistheden in de zorg in Nederland, ondanks de aanvankelijk optimistische formulering van de onderzoeksopdracht hiervoor (NZa, 2013). Toch proberen wij in dit hoofdstuk – op basis van de beperkte informatie die wel beschikbaar is - een zo goed mogelijke inschatting maken van de omvang van zorgfraude in de deelnemende gemeenten. De cijfers die daarover bekend zijn richten zich op opzettelijke fraude en op fouten in declaraties. Hiervoor hanteren wij, op grond van het begrippenkader dat wij in hoofdstuk 2 hebben ontwikkeld, de verzamelterm onrechtmatigheden. Over ongepast gebruik zijn geen uitspraken te doen.

Zowel nationaal als internationaal bestaat er veel belangstelling voor de omvang van fraude in met name de gezondheidszorg. Maar in alle gevallen ontbreekt systematisch onderzoek naar de omvang van fraude. Er zijn weliswaar gegevens over de omvang van de opgespoorde fraude, maar deze gegevens zijn vaak veel meer een weerspiegeling van de aandacht die er voor fraude is dan van de daadwerkelijke omvang van deze fraude (zie bijvoorbeeld Croall, 2001). Voor de Verenigde Staten geeft Sharp (2011) aan dat de schattingen over de omvang van de fraude in de Amerikaans gezondheidszorg uiteen lopen van 80 miljard tot 250 miljard dollar per jaar, op een totaal budget van 2.700 miljard dollar per jaar, oftewel tussen de 3% en de 10% van de totale zorgkosten (zie ook Benson en Simpson, 2015). Ook in andere publicaties worden deze getallen genoemd als schattingen voor de omvang van fraude in het Amerikaanse systeem van gezondheidszorg.

In het kader van het eerder genoemde eindrapport van de NZa (NZa, 2014b) hebben Kersten et al. (2014) in Nederland onderzoek gedaan naar de omvang van onrechtmatigheden in de gedeclareerde zorg in natura en in de persoonsgebonden budgetten. Voor het jaar 2012 komen zij op basis van statistische analyses tot de conclusie dat bij 1,5% van de gedeclareerde zorg onrechtmatigheden voorkomen. Voor de persoonsgebonden budgetten in datzelfde jaar is dat 1,6%. In 2013 is dat percentage gedaald naar 0,5% voor zorg in natura, voor persoonsgebonden budgetten zijn de gegevens in dat jaar niet bekend. Kersten et al. (idem) betogen dat leereffecten en een beter controlesysteem de afname in 2013 waarschijnlijk kunnen verklaren. Zij benadrukken echter dat dit percentage uitsluitend betrekking heeft op gedeclareerde zorg, er is geen controle geweest of de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is geleverd. In dat rapport wordt ook aangegeven dat door verzekeraars in 2012 bij 0,06% van de aan hen gedeclareerde zorguitgaven een fraude-onderzoek is gestart. In 2013 was dat bij 0,05% van de uitgaven. Deels worden deze onderzoeken gestart op basis van risicoselectie, deels gebaseerd dit op basis van willekeurige controles. Voor een goede inschatting van de omvang van de zorgfraude zou het nodig zijn dat verzekeraars de informatie uit de willekeurige controles extrapoleren, maar die informatie was voor ons in het kader van dit onderzoek niet beschikbaar. Ook de NZa (2014b) heeft blijkbaar geen gegeneraliseerde uitspraken op basis van deze gegevens kunnen of willen

doen. Opmerkelijk is wel dat zowel in 2012 als in 2013 fraudeonderzoeken tot aanzienlijke resultaten hebben geleid. In beide jaren is in 0,02% van de gestarte fraudeonderzoeken de fraude ook daadwerkelijk bewezen. De gesprekken die in het kader van dit onderzoek met zorgverzekeraars en andere betrokkenen zijn gehouden, bevestigen het beeld dat fraudesignalen relatief vaak juist zijn maar dat er geen systematisch inzicht is in de omvang van de fraude. Daar komt bij dat het onderscheid tussen fouten en fraude lastig te maken is. Vandaar dat de uitkomst van een fraudeonderzoek ook kan zijn dat er geen sprake is van fraude maar van fouten.

Wat meer speculatief dan bovenstaande bronnen zijn de schattingen die door onder andere het Burgerinitiatief 1 Overheid zijn gedaan. Dit burgerinitiatief komt tot de inschatting dat de omvang van de zorgfraude in Nederland tussen de 5% en de 10% bedraagt, wat neer komt op 3 à 4 miljard euro per jaar. Deze schatting is gebaseerd op onderzoek van softwareleverancier SAS in 2011. Ook Eurosmart (2012) komt met een vergelijkbare schatting, die weer deels is gebaseerd op werk van Gee et al. (2011). Gee et al. claimen gebruik te hebben gemaakt van een secundaire analyse van 79 studies die proberen de omvang van zorgfraude vast te stellen. Deze 79 studies hebben betrekking op 33 organisaties in 6 landen waaronder Nederland. Op basis van dit onderzoek komen zij tot de inschatting dat de ondergrens voor de omvang van fraude 3% is. In geen van de door hen geanalyseerde studies werd een percentage van lager dan 3% gevonden. Onduidelijke blijft echter welke studies door deze auteurs voor Nederland exact zijn meegenomen. De hier genoemde getallen zijn ook overgenomen door de Algemene Rekenkamer (2013). Echter, in geen van de documenten wordt duidelijk op welke empirische data deze schattingen exact zijn gebaseerd en op welke definitie van fraude deze onderzoeken berusten. Gegeven de omvang die wordt geschat vermoeden wij dat dat het hier de categorie betreft die wij als onrechtmatigheden hebben aangeduid, dus zowel fraude als fouten.

Er is en blijft dus grote onzekerheid over de omvang van de zorgfraude in Nederland. Op basis van de data die door de zorgverzekeraars zijn aangereikt aan de NZa kunnen we met relatief grote zekerheid zeggen dat de omvang van fraude in het gemeentelijke zorgdomein ten minste 0,02% van de uitgaven bedraagt. Op basis van de andere hierboven aangehaalde onderzoeken is het in onze ogen waarschijnlijk dat de gehele categorie onrechtmatigheden in het gemeentelijke zorgdomein - dus zowel fouten als fraude – tussen de 1 en 3% van de uitgaven bedraagt. Hard bewijs is daar echter op dit moment niet voor.

Hoewel de hier aangehaalde onderzoeken niet altijd duidelijk zijn over de gehanteerde terminologie gaan wij ervan uit dat de genoemde percentages betrekking hebben op de categorie onrechtmatigheden. Voor de categorie 'ongepast gebruik' ontbreken gegevens die ons in staat stellen om hiervan zelfs maar een schatting te doen. Wat echter wel opvalt, is dat de herindicaties in de Wmo en de Jeugdzorg forse verschuivingen laten zien. Twee zaken vallen uit deze herindicaties op dit moment vooral op. Ten eerste verandert de definitie over wat 'passende' zorg en welke vergoeding daar bij past. Dit zien we vooral bij zorg die uit pgb's wordt vergoed wanneer gemeenten voor begeleiding door personen uit het netwerk van de klant een lager tarief zijn gaan berekenen of doordat de inzichten over wat passende begeleiding bij een bepaalde aandoening is, zijn veranderd.

Een tweede element dat als gevolg van de herindicaties op dit moment naar voren komt, betreft de rol van veranderingen in de gezondheidstoestand van de klant. Gemeenten geven aan dat zij situaties tegen komen waarin de gezondheidstoestand van de klant sterk is verbeterd of verslechterd terwijl er door het CIZ indicaties met een relatief lange looptijd

waren afgegeven. In de omschrijvingen van 'ongepast' gebruik zoals we die in hoofdstuk 2 hebben gegeven, is dit element onderbelicht gebleven.

Hoewel het nu nog te vroeg is om uitspraken te doen over de inzichten die met behulp van de herindicaties kunnen worden gedaan, laat dit wel zien dat deze herindicaties belangrijke informatie kunnen opleveren over onjuistheden in het gemeentelijke zorgdomein. Het verdient aanbeveling om manieren te zoeken om de uitkomsten van de herindicaties te aggregeren. Dit kan meer inzicht geven in de omvang van onjuistheden in het gemeentelijke zorgdomein, maar ook – en wellicht nog belangrijker – in factoren die een rol spelen bij grote verschuivingen in de geïndiceerde budgetten.

Zoals ook in de voorgaande paragraaf aangegeven, zijn kwantitatieve gegevens rondom de omvang van fraude niet of nauwelijks beschikbaar. Opvallend is echter ook dat er niet of nauwelijks gemeentelijke benchmarks beschikbaar zijn met betrekking tot de hoogte van de kosten (in totaal of per cliënt) voor de verschillende productgroepen. Dit is des te meer opvallend omdat deze gegevens in het Wmo-domein in principe wel beschikbaar zijn. Een gedetailleerd inzicht in de kosten voor de verschillende productgroepen per cliënt zou gemeenten inzicht kunnen geven in het indicatieproces, de uitvoeringskosten en eventuele rechtmatigheidsrisico's. In het kader van dit onderzoek hebben wij de betrokken gemeenten gevraagd om een overzicht van deze gegevens. Hoewel gemeenten op basis van hun eigen administraties in staat zijn deze gegevens te leveren, blijken er verschillen in wijze van registreren en verschillen in definities voor te komen die de onderlinge vergelijking onmogelijk maken. Vandaar dat er voor is gekozen deze cijfers niet in dit onderzoek te presenteren; het is onvoldoende duidelijk welke conclusies uit deze cijfers getrokken kunnen worden.

Wat uit een eerste analyse van de gegevens wel opvalt, is dat er aanzienlijke verschillen zijn in de gerapporteerde kosten per cliënt in een aantal productcategorieën. Een gedetailleerde analyse van de achtergronden van deze verschillen valt buiten het bestek van dit onderzoek. Duidelijk is in onze ogen wel dat een onderlinge benchmark een kansrijke methode is voor de beheersing van de zorgkosten in het gemeentelijke sociale domein. Wij geven de betrokken gemeenten in overweging om op basis hiervan een werkgroep vanuit de betrokken gemeenten in te stellen die allereerst op zoek gaan naar rekenkundige oorzaken voor deze verschillen en die met een voorstel voor een meer vergelijkbare administratie komen. Een tweede stap is dan om te bezien welke zorginhoudelijke overwegingen ten grondslag liggen aan deze verschillen.

6. Conclusies en aanbevelingen

In de voorgaande hoofdstukken hebben wij laten zien op welke wijze de Wmo en de Jeugdzorg in de gemeenten die betrokken zijn bij dit onderzoek worden uitgevoerd en welke rechtmatigheidsrisico's hiermee zijn verbonden. In dit hoofdstuk zal de balans worden opgemaakt. Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. In paragraaf 6.1 geven we beknopt antwoord op de deelvragen en de centrale vraag van dit onderzoek zoals die in hoofdstuk 1 zijn geformuleerd. In paragraaf 6.2 benadrukken we de belangrijkste conclusies van dit onderzoek nog eens. In paragraaf 6.3 formuleren we enkele aanbevelingen richting de betrokken gemeenten en richting de bredere politiek-bestuurlijke omgeving die een bijdrage kunnen leveren aan een verkleining van de rechtmatigheidsrisico's.

6.1 Een antwoord op de onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag 1: Wat wordt er verstaan onder fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik van zorggelden en welke vormen daarvan zijn reeds bekend?

Voor dit onderzoek zijn wij uitgegaan van een inventarisatie van de NZa (2013). Daarbij zijn de volgende vormen van onjuistheden in de zorg benoemd:

- *Spookzorg*: niet-geleverde zorg die wel door de aanbieder wordt gedeclareerd.
- *Niet-vergoede zorg:* zorg die in principe niet wordt vergoed of alleen onder bepaalde voorwaarden (bijvoorbeeld op grond van een medische indicatie) wordt vergoed.
- *Declaratie-overtredingen*: de zorg komt in principe wel voor vergoeding in aanmerking, maar in het proces van declaratie ontstaan onregelmatigheden, bijvoorbeeld door dezelfde zorg tweemaal te declareren.
- *Fraude tegen de patiënt*: de patiënt wordt gedupeerd door bijvoorbeeld onterecht een eigen bijdrage voor bepaalde diensten te vragen of door een vergoeding voor verwijzing te vragen.
- *Ongepast gebruik*: de zorg zelf is rechtmatig geleverd en gedeclareerd maar er is geen medische noodzaak voor de zorg (overbehandeling) of de noodzakelijke zorg wordt niet geleverd (onderbehandeling).

In het onderzoek zijn door onze gesprekspartners voorbeelden van vrijwel alle typen onregelmatigheden naar voren gebracht, met uitzondering van de categorie 'fraude tegen de patiënt'.

Dit onderzoek richt zich op mogelijke onregelmatigheden in het gemeentelijke zorgdomein. Om deze onregelmatigheden verder te conceptualiseren, hebben wij een onderscheid gemaakt tussen rechtmatigheidsrisico's en risico's van ongepast gebruik. Binnen de rechtmatigheidsrisico's kunnen twee vormen worden onderscheiden: fouten en fraude. Binnen de risico's op ongepast gebruik kunnen eveneens twee vormen worden onderscheiden: overbehandeling en onderbehandeling. Tabel 6.1 vat dit nog eens kort samen.

Type onjuistheden	Vormen	Omschrijving
Rechtmatigheidsrisico's	Fouten	Regels worden als gevolg van onduidelijkheid of vergissingen onbedoeld overtreden
	Fraude	Er wordt opzettelijk en doelbewust in strijd met regels gehandeld met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin
Risico's van ongepast gebruik	Overbehandeling	Declaraties zijn technisch in orde, maar medisch gezien niet strikt noodzakelijk
	Onderbehandeling	Declaraties zijn technisch gezien in orde, maar medisch gezien onvoldoende om de problemen van de patiënt adequaat te adresseren

Tabel 6.1 De definities in dit onderzoek

Onderzoeksvraag 2: Welke partijen zijn betrokken bij de beleidsvoorbereiding, besluitvorming, uitvoering, controle en verantwoording van de gedecentraliseerde taken in de Wmo en de jeugdzorg en welke opvattingen en belangen hebben zij bij de preventie en opsporing van fraude, fouten en ongepast gebruik?

In dit rapport is duidelijk geworden dat zowel het beleid met betrekking tot de Jeugdzorg als tot de Wmo plaats vindt in complexe netwerken met een grote diversiteit aan actoren die elk deels verschillende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden hebben. Voor de beantwoording van deze onderzoeksvraag concentreren wij ons vooral op de partijen die een rol spelen bij de handhaving van het beleid en de fraudebestrijding, de andere partijen worden meer in detail bij de andere onderzoeksvragen besproken. Waar het gaat om de handhaving en fraudebestrijding kan een onderscheid worden gemaakt tussen de partijen die op lokaal niveau een rol spelen en direct betrokken zijn bij het primaire proces en partijen die een ondersteunende rol spelen. We starten met de belangrijkste lokale partijen.

Op lokaal niveau is er door de wetgever aan gemeenten veel vrijheid gegeven bij de vormgeving van het toezicht en de fraudebestrijding. Daarbij is er een onderscheid gemaakt tussen rechtmatigheidstoezicht en kwaliteitstoezicht. De Jeugdwet (art. 2.9) en de Wmo (art. 2.1.3) eisen dat gemeenten bij verordening regels vaststellen voor de bestrijding van het ten onrechte ontvangen van voorzieningen in natura of via pgb's. Deze artikelen richten zich dan ook met name op het rechtmatigheidstoezicht. De exacte vormgeving daarvan, de methoden die daarbij worden gehanteerd en de criteria die daarbij worden gehanteerd zijn het onderwerp van gemeentelijke beleidsvrijheid. Artikel 6.1 van de Wmo vereist dat gemeenten toezichthouders aanwijzen. Op grond van de Memorie van Toelichting kan worden afgeleid dat deze toezichthouders zich vooral met de kwaliteit van de zorg bezig houden ("het bewaken van de belangen van een goede ondersteuning"). Op grond van art. 9.1 van de Jeugdwet houdt de Inspectie Jeugdzorg toezicht op de kwaliteit in algemene zin van de verschillende aanbieders. Uiteraard hebben deze typen toezicht met elkaar te maken, zeker omdat ze zich deels richten op dezelfde objecten: de aanbieders. In de praktijk is dit

echter nog volop in ontwikkeling. Tabel 6.2 geeft een overzicht van de belangrijkste partijen die op lokaal niveau een rol spelen bij de preventie en bestrijding van fraude.

Betrokken partij	Verantwoordelijkheid
Gemeentebestuur	Opstellen van regels voor de preventie en bestrijding van fraude, fouten en ongepast gebruik
Cliënten (en vertegenwoordigers die het budget van de cliënt beheren)	Rekeningen en praktijken van zorgaanbieders goed controleren en bij mogelijke fouten of vermoedens van frauduleus handelen contact opnemen met de gemeente. Regels naleven, dit betekent bijvoorbeeld het ontvangen budget aan de voorziening besteden waarvoor het bedoeld is. Verantwoorden van budget bij pgb.
Zorgaanbieders	Het leveren van kwalitatief goede voorzieningen en het indienen van correcte rekeningen
Inkoop en contractbeheer	Het opnemen van verantwoordingseisen die de rechtmatigheidsrisico's verkleinen en controle mogelijk maken. Het uitvoeren van controles
Consulenten Jeugd/Wmo	Alert zijn op signalen van rechtmatigheidsrisico's en een goed beeld vormen van de mate waarin de geleverde zorg overeenkomt met de geïndiceerde zorg
SVB	Bij pgb's controleren of de gefactureerde zorg overeenkomst met de zorgovereenkomst

Tabel 6.2 De belangrijkste partijen bij de fraudebestrijding op lokaal niveau

Daarbij zijn in dit onderzoek een drietal zaken naar voren gekomen. In de eerste plaats hebben gemeenten in 2015 vooral hun energie gericht op het continueren van de zorg en het voorkomen van grote uitvoeringsproblemen. Ten tijde van de uitvoering van dit onderzoek zijn de preventie en bestrijding van rechtmatigheidsrisico's pas nadrukkelijker op de agenda gekomen. Dit onderzoek is daarvan ook een uitvloeisel. Illustratief hiervoor is dat zowel in het jeugddomein als binnen de Wmo ten tijde van de afronding van dit onderzoek de eerste fraudesignalen werden geconstateerd. In de tweede plaats valt op dat de betrokken gemeenten in 2015 veel aandacht hebben besteed aan de aanbesteding en inkoop en daarin rechtmatigheidsaspecten nadrukkelijker hebben betrokken dan in 2014. Tot slot valt op dat er nog een relatief grote afstand in processen bestaat tussen Jeugdzorg, Wmo en overige vormen van zorg (Wlz en Zvw). Alleen al door de verschillende schaalniveaus waarop de verschillende vormen van zorg zijn georganiseerd, is het moeilijk om te komen tot een integraal fraudebestrijdingsbeleid en – organisatie. In dit onderzoek constateren wij dat onder de huidige procesgang zorgaanbieders een grotere risicocategorie vormen dan zorgontvangers. Dit leidt ertoe dat rechtmatigheidsrisico's in Jeugdzorg, de Wmo, de Wlz en de Zvw zich in elk geval bij vergelijkbare processen voordoen, maar wellicht ook bij dezelfde aanbieders in de verschillende kolommen.

Op landelijk niveau is er een grote hoeveelheid spelers betrokken bij de bestrijding van rechtmatigheidsrisico's in de zorg en specifiek binnen het lokale zorgdomein. In de eerste plaats is het Ministerie van VWS met het Programmaplan Rechtmatige Zorg gekomen, waarin ook de rechtmatige zorg op decentraal een belangrijke plaats inneemt. De verschillende inspecties die betrokken zijn bij de zorg (Inspectie voor de Jeugdzorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie Veiligheid en Justitie) richten zich primair op het kwaliteitstoezicht, maar kunnen daarbij ook signalen opvangen van mogelijke onrechtmatigheden. De Inspectie SZW heeft de expliciete taakopdracht om fraude met persoonsgebonden budgetten en declaratiefraude op te sporen. Ook de FIOD speelt hierbij een rol. Daarnaast hebben zorgverzekeraars uit het verleden veel ervaring met het opsporen en bestrijden van zorgfraude. Uitwisseling van deze kennis en ervaring met gemeenten vindt nog niet op structureel niveau plaats. Vanuit de VNG wordt op dit moment op verschillende manieren gewerkt aan de ondersteuning van gemeenten bij de bestrijding van fraude. Tot slot speelt het OM een rol bij de vervolging van fraudeurs. Wat hierbij opvalt is dat – evenals we hebben gezien op het lokale niveau – 2015 duidelijk een overgangsjaar was. In maart 2015 kwam het Ministerie van VWS met het Programmaplan rechtmatige zorg, dat duidelijk als een startpunt kan worden gezien van meer systematische en integrale aandacht voor dit onderwerp. Het kalenderjaar 2015 heeft daarbij met name in het kader gestaan van het 'inregelen' van de bestrijding van rechtmatigheidsrisico's. In de eerste plaats ging het hier om bewustwording bij gemeenten dat fraudebestrijding een belangrijke onderdeel van de gemeentelijke bevoegdheden is. In de tweede plaats ging het ook om het vinden van nieuwe afstemming tussen de verschillende partijen die bij het toezicht en de opspring betrokken zijn, waaronder de landelijke inspecties en het OM.

Concluderend kunnen wij in antwoord op deze onderzoeksvraag stellen dat het netwerk van partijen dat betrokken is bij de fraudebestrijding complex en divers is. De belangrijkste taken liggen bij gemeenten. Bij de gemeenten is in het eerste deel van 2015 de aandacht vooral uitgegaan naar het draaiende houden van het zorgsysteem. Pas sinds de tweede helft van 2015 zijn gemeenten hun aandacht meer systematisch gaan richten op de aanpak van fraude. Dit begint bij de inkoop en het contractbeheer.

Onderzoeksvraag 3: hoe verloopt de uitvoering van de Wmo en de Jeugdzorg, welke deelprocessen zijn daarbij te onderscheiden, welke organisaties zijn daarbij betrokken en welke rol spelen zij bij de preventie en opsporing van onregelmatigheden in het gemeentelijke zorgdomein?

Zowel binnen de Wmo als in de Jeugdzorg beslaat het uitvoeringsproces de volgende stappen:

- Melding. De klant meldt zich bij de gemeente met een zorgvraag.
- Onderzoek. De gemeente onderzoekt de zorgvraag of laat deze onderzoeken door een zorgprofessional en komt tot een conclusie over de zorg die in het geval van de cliënt passend is.
- Aanvraag. Er komt een aanvraag tot stand waarin de zorg die op grond van de onderzoeksfase aangewezen lijkt, wordt aangevraagd.
- Besluit. De gemeente beslist over de aanvraag die door de klant is gedaan.
- Selectie aanbieder. De klant maakt een selectie uit de door de gemeente gecontracteerde aanbieders (bij Zorg in Natura) of kiest voor een pgb waarna de klant zijn eigen zorg kan inkopen.

- Uitvoering. De zorg wordt door de geselecteerde aanbieder geleverd.
- Betaling. Uiteindelijk vindt betaling aan de zorgverleners door of namens de gemeente plaats. In het geval van een pgb verzorgt de SVB de betaling. Onder deze fase vallen ook alle activiteiten die met de controle op de geleverde zorg te maken hebben.

Binnen de Wmo kunnen zes verschillende productgroepen worden onderscheiden, waarvan de administratieve vormgeving onderling licht verschilt. Deze productcategorieën zijn: (1) huishoudelijke ondersteuning; (2) rolstoelen; (3) woonvoorzieningen; (4) vervoersvoorzieningen); (5) begeleiding en (6) beschermd wonen. Begeleiding en beschermd wonen zijn nieuw sinds de invoering van de Wmo 2015. Deze productgroepen zijn omvangrijk. Begeleiding beslaat op basis van de prognoses ten minste ongeveer 25% van het budget voor de Wmo in de onderzochte gemeenten. Daarbij gaat het om een relatief beperkt aantal cliënten in vergelijking met de andere vormen van Wmo-voorzieningen. Voor beschermd wonen zijn alleen in centrumgemeente Dordrecht cijfers beschikbaar. Het ziet er naar uit dat dit in 2015 ook ongeveer 25% van het budget zal beslaan.

Binnen de Jeugdzorg zijn er niet direct duidelijk te onderscheiden deelprocessen. De administratieve procedures zijn voor vrijwel alle aanvragen vergelijkbaar, hoewel consulenten aangeven dat ze 'in hun hoofd' nog sterk denken aan de situatie van voor 1 januari 2015. Op basis daarvan kan dan ook een onderscheid worden gemaakt tussen jeugdjulp (het 'oude' provinciale domein), geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (voorheen op basis van de Zorgverzekeringswet of de Awbz) en zorg aan jeugdigen bij ziekte of gebrek (voorheen op basis van de Awbz).

Uit het voorgaande wordt ook duidelijk welke partijen van belang zijn bij de vormgeving en uitvoering van dit beleid. Er is in eerste instantie een driehoek van primaire betrokkenen: gemeenten in de rol van financiers, klanten in de rol van afnemers en zorgaanbieders. In dit proces spelen zorgaanbieders soms verschillende rollen, zij leveren niet alleen zorg maar indiceren in bepaalde gevallen ook. Daarnaast zijn gemeenten in sommige domeinen verplicht het medisch advies van zorgprofessionals op te volgen, waardoor zij *de facto* ook de rol van beslisser op zich nemen. Er zijn drie partijen die het voortouw nemen in de preventie en opsporing van onregelmatigheden. In de eerste plaats zijn dit de gemeenten. In de verschillende fasen van het proces hebben gemeenten een rol in de bestrijding van onregelmatigheden. Dit begint reeds bij de inkoop van zorg. Hier kunnen met zorgaanbieders afspraken worden gemaakt over de wijze van rapportage en verantwoording. Tevens kan worden getracht malafide zorgaanbieders buiten de deur te houden. Tijdens het uitvoeren van de zorg kunnen gemeenten toezien op de kwaliteit, zij kunnen via klanten monitoren of zorg daadwerkelijk en kwalitatief acceptabel wordt geleverd. Ook kunnen zij hun klanten toerusten voor een rol in de monitoring door bijvoorbeeld overstappen makkelijk te maken, een eigen bijdrage te vragen of andere informatie van de klant te vragen. Tot slot spelen gemeenten een belangrijke rol bij de opsporing van onrechtmatigheden bij declaraties en betalingen. Sommige gemeenten hebben deze fase uitbesteed. Dat neemt niet weg dat statistische controles, verantwoordingsrapportages, telefonische steekproeven, controles ter plaatse en eventueel nog andere middelen kunnen worden ingezet om eventuele onregelmatigheden op te sporen.

Een tweede belangrijke partij in de preventie en opsporing van fraude is de Sociale Verzekeringsbank wanneer zorg wordt ingekocht op basis van pgb's. De SVB betaalt uit aan de zorgverlener op basis van zorgovereenkomsten. Hoewel er forse aanloopproblemen zijn

geweest, is het de bedoeling dat de SVB via statistische controles, steekproeven en materiële controles een rol gaat spelen bij de bestrijding van onregelmatigheden. De zorgverzekeraars spelen formeel geen rol in de bestrijding van onregelmatigheden in het gemeentelijke zorgdomein. In dit onderzoek is echter naar voren gekomen dat bij zorgverzekeraars veel kennis en ervaring is omtrent de bestrijding van onregelmatigheden in het gemeentelijke zorgdomein. Deze kennis en ervaring is op systeemniveau aanwezig, maar soms ook op het niveau van concrete zorgaanbieders.

Onderzoeksvraag 4: welke risico's doen zich naar verwachting voor binnen deze deelprocessen, hoe omvangrijk zijn deze vormen en welk bedrag is daar naar verwachting mee gemoeid?

Bij het antwoord op de eerste onderzoeksvraag hebben wij aangegeven welke typen risico's kunnen voorkomen binnen het gemeentelijke zorgdomein. Dit onderzoek heeft zich niet gericht op een systematische analyse van de mate waarin deze verschillende vormen voor komen. Op basis van onze bevindingen kunnen wij in antwoord op deze deelvraag de volgende uitspraken doen:

- Risico's ontstaan voor het grootste deel door het handelen van de zorgaanbieder en primair in het belang van de zorgaanbieder, eventueel in combinatie met derde partijen als zorgkantoren of de klant. Zeker sinds de overgang van de betalingen van pgb's van de klant naar de zorgaanbieder is het belang dat klanten hebben bij onregelmatigheden sterk verminderd.
- Binnen de Wmo zitten de grootste risico's in de productgroepen 'begeleiding' en 'beschermd wonen'. Dit zijn nieuwe voorzieningen voor gemeenten waardoor de organisatorische processen nog niet volledig op orde zijn. Dit geldt voor beschermd wonen sterker dan voor begeleiding. Daar komt bij dat het voor relatieve buitenstaanders vaak moeilijk te beoordelen is welk type zorg nodig is, waardoor er relatief veel macht bij de medische professionals en/of de zorgaanbieders komt te liggen. Voorts zijn de resultaten van de geleverde zorg niet direct zichtbaar. Van een traplift kan direct worden gezien of deze geplaatst is of niet, bij een aantal uren begeleiding is dat veel moeilijker. Tot slot gaat het hier vaak om aanzienlijke bedragen.
- Binnen de Jeugdzorg wordt vanuit gemeenten het gebrek aan transparantie als een risico ervaren. De medische professionals spelen hier een grote rol bij zowel de indicatie als de behandeling. Voor gecontracteerde aanbieders geldt dat de risico's vooral in onbewuste fouten zitten en in overbehandeling. Daarbij vindt deze overbehandeling niet altijd primair vanuit het belang van de zorgaanbieder plaats, maar heeft de zorgaanbieder het belang van de klant voor ogen. Toch leidt dit soms tot behandeling die volgens gemeenten niet altijd medisch gezien noodzakelijk zijn, maar gemeenten hebben niet de expertise of juridische mogelijkheden om deze behandelingen te voorkomen.
- Zowel in de Jeugdzorg als bij de Wmo komen volgens onze respondenten meer risico's bij pgb-zorg voor dan bij zorg in natura. Omdat gemeenten na het eerste Wmo-jaar in 2015 hebben geïnvesteerd in de verdere professionalisering van hun inkoop wordt dit verschil alleen maar groter. De respondenten geven aan dat ook het beheer van pgb's tot risico's kan leiden.

Er kan geen raming worden gegeven van de bedragen die met de onderzochte risico's samenhangen. De Nederlandse Zorgautoriteit en zorgverzekeraars – de partijen die de meeste ervaring met deze vormen van zorg hebben – kunnen hierover geen uitspraken doen. Het enige dat deze partijen aangeven is dat de door hen opgespoorde fraude 'het topje van de ijsberg' is. Er worden door verschillende partijen inschattingen gemaakt over de omvang van fraude in de zorg (bijvoorbeeld Gee et al., 2011) die uiteenlopen van 1% tot 10% van de uitgaven. Het lijkt ons – gegeven de cijfers die beschikbaar zijn en de risico's die wij in dit onderzoek hebben geïnventariseerd – onwaarschijnlijk dat de fraude in het gemeentelijke zorgdomein lager is dan 1%. Met name bij de hierboven genoemde risicocategorieën (pgb-zorg, begeleiding Wmo, specialistische jeugdzorg) ligt dit bedrag vermoedelijk hoger, hoewel wij ons niet aan een exacte raming durven te wagen. De uitkomsten van willekeurige steekproeven door gemeenten en de SVB in de verschillende productgroepen zullen hier meer duidelijkheid over moeten gaan geven.

Onderzoeksvraag 5: wat zijn op basis van het voorgaande de meest prominente frauderisico's binnen de gedecentraliseerde taken op het gebied van Wmo en de Jeugdzorg, hoe zijn deze risico's te herkennen en welke rol kunnen de betrokken organisaties spelen bij het ontstaan en verminderen van deze risico's?

Allereerst moet bij het antwoord op deze deelvraag worden opgemerkt dat wij relatief weinig variatie in risico's tussen gemeenten hebben waargenomen. De gemeenten ervaren in het algemeen min of meer vergelijkbare risico's en hebben geen helder zicht op achterliggende risicoprofielen op het niveau van klantkenmerken of kenmerken van instellingen. De algemene conclusie die hieruit kan worden getrokken is dat de risico's meer systeemrisico's lijken te zijn dan uitvoeringsrisico's. Hiermee bedoelen we dat de rechtmatigheidsproblemen waarmee gemeenten worden geconfronteerd veel meer een uitvloeisel zijn van de kenmerken van het systeem dan van problemen of tekortkomingen die zijn zelf in de uitvoering hebben veroorzaakt.

Uit het onderzoek komt naar voren dat diensten in het algemeen grotere rechtmatigheidsrisico's met zich meebrengen dan producten. Daarbij geldt een voor de hand liggende regel: hoe complexer de dienst en hoe slechter meetbaar het resultaat, hoe groter de risico's van fraude, fouten of ongepast gebruik. Vooral de dienst 'begeleiding' als zelfstandige dienst of als onderdeel van 'beschermd wonen' vraagt hierbij aandacht, zeker omdat het voor klanten niet altijd duidelijk is wat zij van 'begeleiding' mogen verwachten. Dit betekent dat het voor de bestrijding van risico's van belang is dat gemeenten een duidelijk beeld geven van wat de begeleiding voor een specifieke klant concreet inhoudt, maar dat zorgconsulenten ook zelf informatie vergaren over de inhoud van de begeleiding.

Ondanks alle maatregelen zijn de professionals die in dit onderzoek zijn betrokken het er over eens dat pgb-zorg in zowel de Jeugdzorg als de Wmo meer risico's op onrechtmatigheden en ongepast gebruik met zich meebrengt dan zorg in natura. Dit geldt zeker wanneer er een beheerder is voor het pgb. Ook hier geldt weer dat diensten daarbij een grotere risicofactor zijn dan producten, en dat diensten waarvan de resultaten slecht meetbaar zijn daarbinnen de grootste risicofactor vormen. De informatie-asymmetrie tussen zorgaanbieders en gemeenten in de meer complexe vormen van Jeugdzorg vormt eveneens een risico.

Gemeenten zullen het voortouw moeten nemen in de vermindering van deze risico's. Daarbij is het vooral van belang dat de rollen en posities in de 'belangendriehoek' goed

worden vorm gegeven. In onze ogen betekent dit vooral dat ontvangers van zorg – en hun netwerk – zo goed mogelijk moeten worden toegerust en gemotiveerd om zowel de rechtmatigheid als de doelmatigheid en de kwaliteit van de geleverde zorg te controleren. Zo draagt een systeem van eigen bijdragen – hoe beperkt ook – bij aan de motivatie van de klant om te controleren of gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is ontvangen. Maar ook duidelijke informatie over wat de klant mag verwachten van zijn zorgleverancier en zelfs het communiceren van veel voorkomende vormen van fouten, fraude en ongepast gebruik kunnen hierbij van belang zijn. De gesprekken in het kader van de herindicaties kunnen hierbij ook een belangrijke rol spelen. Het hoeft daarbij niet uitsluitend te gaan om een vermindering van de zorg die de klant aangeboden krijgt; als er zorgbehoefte is, zal deze gewoon worden gecontinueerd. Maar het goed doorspreken van de inhoud van deze zorg en het opvolgen van signalen van de klant kunnen een belangrijke rol spelen in het verminderen van de risico's.

Zoals reeds eerder aangegeven is het van groot belang dat gemeenten de preventie en opsporing van onregelmatigheden een belangrijke rol geven bij de inkoop van zorg. Met aanbieders kunnen afspraken worden gemaakt over de wijze van sturing, financiering en verantwoording. Ook kunnen eisen worden gesteld aan de professionaliteit van aanbieders, zonder daarmee direct kleine aanbieders 'uit de markt te drukken'.

Gegeven de kwetsbaarheid van de pgb's kunnen gemeenten leren van de 'bewuste keuze gesprekken' zoals die door zorgverzekeraars zijn gevoerd. Gemeenten zijn sowieso verplicht te onderzoeken of een klant in staat is om zijn pgb goed te beheren. Maar dit gesprek kan ook worden gebruikt om klanten voor te lichten over de mogelijkheden en risico's van pgb's. Daarnaast kan inzicht worden verkregen in de motieven van klanten om voor een pgb te kiezen.

6.2 Overige bevindingen

In de voorgaande paragraaf hebben wij de bevindingen van dit onderzoek besproken aan de hand van de antwoorden op de onderzoeksvragen. Er is een aantal punten dat wij graag nog extra willen benadrukken. Deels zijn deze punten hierboven reeds behandeld, deels volgens ze uit de bevindingen in de hoofdstukken 3 en 4. Dit betreft de volgende punten.

Kennis en inzicht als sleutel tot succesvolle fraudebestrijding

Door vrijwel alle partijen is de wens uitgesproken tot het delen van kennis en de opbouw van een gemeenschappelijk kennisreservoir. Op basis van dit onderzoek zien wij dat verbetering van de kennisinfrastructuur op de volgende punten mogelijk is:

- Ontwikkelen en delen van vergelijkbare gegevens over de kosten van verschillende productgroepen. Uiteraard is zorg tot op zekere hoogte maatwerk, maar tegelijkertijd zouden de kosten voor bijvoorbeeld de aanschaf of huur en onderhoud van een scootmobiel of een rolstoel in verschillende gemeenten vergelijkbaar moeten zijn. Maar ook voor meer complexe vormen van begeleiding kan het nuttig zijn deze gegevens onderling te vergelijken. Als gemeenten elkaar inzicht kunnen geven in de verschillen tussen deze kosten, kan dit bijdragen aan een vergroting van de doelmatigheid en rechtmatigheid van de gemeentelijke zorguitgaven.
- Ontwikkelen van inzicht in de kosten voor de behandeling van verschillende typen klanten. Niet alleen tussen de productgroepen maar ook binnen de productgroepen kunnen gemeenten hun ervaringen vergelijken. Met name in de kleinere gemeenten

komen specifieke zorgvragen waarschijnlijk relatief weinig voor zodat zorgconsulenten ook geen ijkpunt hebben wat betreft de vormgeving en de kosten van een behandeling. Dit kan zowel betrekking hebben op een relatief eenvoudige zorgvraag als dyslexietraining, maar ook een meervoudige psychische stoornis. Zonder dit op klantniveau te registreren, kunnen gemeentelijke zorgconsulenten werken aan een vraagbaak om op deze manier een kompas te ontwikkelen voor een passend zorgaanbod in dergelijke gevallen.

- Ontwikkelen van kennis over zorgaanbieders. Het is nu nog niet mogelijk om kennis over zorgaanbieders – veel voorkomende fouten, bewust frauduleus handelen – te delen. Toch kan dit buitengewoon nuttig zijn: als de ene gemeente een structurele declaratiefout bij een grote zorgaanbieder ontdekt is het aannemelijk dat deze fout ook in andere gemeenten voorkomt. Daarnaast beschikken zorgverzekeraars over veel inzicht in de prestaties, betrouwbaarheid en risicofactoren van zorgaanbieders. Het ontwikkelen van een infrastructuur waarin deze kennis gedeeld kan en mag worden, kan sterk bijdragen aan vermindering van de onregelmatigheden.
- Delen van kennis uit andere overheidsdomeinen. In dit onderzoek zijn wij incidenteel voorbeelden tegengekomen van een samenloop van geldstromen uit verschillende bronnen, zoals een uitkering WWB (Participatiewet) en een vergoeding voor een zorgverlener vanuit een pgb. Ook kinderopvangtoeslag en pgb voor gespecialiseerde kinderopvang blijken in een incidenteel geval samen te kunnen worden verstrekt. Hoewel dit incidenten zijn die waarschijnlijk doelbewust en vooropgezet zijn geweest, laten deze voorbeelden wel zien dat voor een adequate fraudebestrijding ook het delen van dit type gegevens nodig kan zijn.
-

Herindiceren als een kans

In dit onderzoek zijn wij verschillende voorbeelden tegengekomen van indicaties met een relatief lange looptijd die aanleiding geven tot onjuistheden. Zo was er het voorbeeld van een terminaal zieke patiënt die een indicatie had gekregen voor intensieve begeleiding maar in het buitenland nog enkele jaren in leven blijft. Ook werd het voorbeeld gegeven van een klant die na een beroerte begeleiding nodig had maar na enige tijd zich weer zelfstandig kon redden terwijl de indicatie een looptijd van 7 jaar had. Dit zijn incidenten in de sfeer van voorbeelden, maar ze onderstrepen wel de mogelijke dynamiek in de situatie van de klant. De verwachting is dat gemeenten een intensievere band gaan opbouwen met hun klanten dan de CIZ's hadden. Dit betekent dat gemeenten veel nadrukkelijker rekening kunnen houden met de vrijwel voortdurend veranderende situatie van de klant. Deze veranderingen kunnen zowel in de medische sfeer liggen als in de persoonlijke sfeer. Wanneer een situatie verslechtert (de ziekte wordt ernstiger of een mantelzorger valt weg) is het aannemelijk dat de klant zichzelf wel meldt. Wanneer een situatie verbetert (de ziekte wordt minder ernstig of de klant krijgt een nieuwe relatie), is het minder vanzelfsprekend dat de klant dit meldt.

De grootscheepse herindicatie die gemeenten op dit moment uitvoeren, biedt goede kansen om zowel bij verbetering als verslechtering te analyseren of de geïndiceerde zorg nog wel past bij de zorgbehoefte. Tevens kan dit een goede aanleiding zijn om na te gaan of de geïndiceerde zorg ook daadwerkelijk wordt geleverd op het niveau van de indicatie.

Weinig (gelegenheid tot) sturing op de kosten

In de focusgroepen hebben wij zorgconsulenten gevraagd in hoeverre zij in de hiërarchische lijn worden gestuurd op kostenbeheersing. Daarbij werd aangegeven dat deze sturing niet

of nauwelijks aanwezig is. Zorgconsulenten laten zich leiden door de vraag wat voor een bepaalde cliënt de best mogelijke vorm van zorg is. Tevens geven zij daarbij aan dat zij in veel gevallen ook moeilijk kunnen inschatten wat de best mogelijke zorg is, dus daarbij vertrouwen zij op de indicatie van de zorgaanbieder. Alleen wanneer zorgconsulenten eerder ervaring hebben met bepaalde vormen van zorg (bijvoorbeeld door een vorige functie of doordat zij eerder een vergelijkbare cliënt hebben gehad) vragen zij zich soms af of de geïndiceerde zorg wel doelmatig is. We zien dit zowel bij de WMO als de Jeugdzorg. In de Jeugdzorg doet zich soms ook de situatie voor dat een specialist in het Jeugdteam dezelfde zorg kan leveren als een gecontracteerde aanbieder of een pgb-aanbieder. Maar zelfs in zulke gevallen is het voor consulenten lastig om de meest doelmatige vorm van zorgverlening aan de klant op te leggen.

Tevens valt op dat er binnen de gemeenten nog maar in beperkte mate managementinformatie is die sturing op de kosten mogelijk maakt. Consulenten – maar ook managers – geven aan nog geen inzicht te hebben in de stand van de beschikbare budgetten. Daarnaast is er zorgcontinuïteit dus zelfs als het plafond van het beschikbare budget in zicht komt, ontbreekt het aan mogelijkheden om de kosten te beheersen.

Vanuit de filosofie van de Jeugdwet en de Wmo is het goed dat adequate zorgverlening als belangrijker wordt beschouwd dan kostenbeheersing. Toch wordt het realiseren van de vereiste bezuinigingen een moeilijke opgave wanneer hiervoor de mogelijkheden tot sturing ontbreken.

6.3 Aanbevelingen

Aan het slot van dit onderzoek doen wij nog enkele aanbevelingen die van belang kunnen zijn voor de volgende stappen in het kader van het project 'rechtmatige zorg'. Wij willen graag drie groepen aanbevelingen in overweging geven. Daarbij richten wij op maatregelen die de pilotgemeenten zelf op relatief korte termijn kunnen nemen.

Kennis, kennis, kennis

In dit onderzoek hebben wij geconcludeerd dat er veel kennis is bij de verschillende spelers in het netwerk is, maar dat er vooralsnog weinig van deze kennis gebruik wordt gemaakt. Voor de bestrijding van risico's van onrechtmatigheden en ongepast gebruik hoeft in eerste instantie niet of nauwelijks nieuwe kennis ontwikkeld te worden. De kennis is er wel, maar dient alleen nog ontsloten te worden voor andere partijen in het netwerk. Dit betreft zowel kennis over risico's op onregelmatigheden als kennis over zorgkosten of andere relevante vormen van kennis. Concreet stellen wij voor dat de kennisontwikkeling en –deling zich op drie speerpunten concentreert:

1. De ontwikkeling van benchmarkgegevens over kosten van verschillende productgroepen en producten. Hierbij is het allereerst – zoals gezegd – noodzakelijk om tot uniforme indelingen van categorieën te komen en rekenkundige verschillen op te lossen. Vervolgens kunnen de benchmarkgegevens helpen om zicht te krijgen op de relatieve kosten van gemeenten. Daar waar een landelijke benchmark naar verwachting nog wel even op zich zal laten wachten, is het niveau van de bij dit onderzoek betrokken gemeenten op basis van vrijwilligheid naar verwachting de meest kansrijke optie voor de korte termijn.
2. Het wegnemen van barrières voor de deling van kennis over fraude en andere onregelmatigheden. Zorgverzekeraars nemen bijvoorbeeld waar dat malafide aanbieders hun werkterrein verleggen van de Zorgverzekeringswet naar het

gemeentelijke zorgdomein. Tevens beschikken zorgverzekeraars over inzicht in risicofactoren op het niveau van zorgaanbieders en declaraties. Maar ook de kennis die gemeenten individueel hebben kan in sommige gevallen de moeite waard zijn om te delen. Binnen de betrokken gemeenten zou een eerste stap gezet kunnen worden in de richting van een regionaal informatiepunt waarin deze kennis bijeen wordt gebracht en wordt gedeeld. Ook hiervoor geldt dat de weg van vrijwilligheid en geleidelijkheid op korte termijn meer impact lijkt te hebben dan het wachten op een landelijke regeling.

3. Het vergroten van de medische kennis bij zorgconsulenten. Er is nu sprake van een sterke informatie-asymmetrie tussen zorgaanbieder en gemeentelijke zorgconsulent. Zonder van de zorgconsulenten medische professionals te maken, dient er in onze ogen gewerkt te worden aan een gelijkwaardige dialoog tussen zorgconsulent en zorgaanbieder. Dit kan bijvoorbeeld door binnen de verschillende gemeenten gericht expertise op bepaalde domeinen te werven die tevens beschikbaar is als back-office vraagbaak voor andere gemeenten. Een eerste stap hierbij is reeds gezet doordat bijvoorbeeld in de gemeentelijke Jeugdzorg reeds een aantal specialisten aanwezig is. Deze specialisten kunnen ook aangewend worden voor het beantwoorden van vragen over de doelmatigheid en effectiviteit van bepaalde medische handelingen in bepaalde situaties.

Maak gebruik van de spanningen in het systeem

In dit onderzoek hebben wij laten zien dat de belangen van de gemeente, zorgaanbieders en klanten verschillend zijn. Gemeenten willen adequate zorg bieden en kosten beheersen, zorgaanbieders willen adequate zorg bieden en inkomsten maximaliseren, klanten willen adequate zorg ontvangen tegen zo gering mogelijke kosten voor zichzelf. In onze ogen kunnen de risico's op onregelmatigheden worden verkleind wanneer elk van deze partijen zijn rol in de belangendriehoek adequaat speelt. Voor gemeenten betekent dit dat een kritische houding ten opzichte van de zorgaanbieder en de klant passend is. Dit moet niet doorslaan in het bot afwijzen van zoveel mogelijk aanvragen, maar het betekent wel dat zorgconsulenten vragen kunnen en moeten stellen bij de doelmatigheid van bepaalde handelingen of voorzieningen. Er is binnen de belangendriehoek geen andere partij die dat doet. Deze vragen hoeven niet direct een afwijzing van een aanvraag te impliceren, maar mogen de klant en de zorgaanbieder wel tot denken over doelmatigheid aanzetten. Dit vereist dat kostenbewustzijn en fraude-alertheid wellicht meer expliciet dan nu het geval is deel gaat uitmaken van de aansturing van zorgconsulenten.

Ook de rol van klanten in de belangendriehoek kan worden versterkt. De klant is eigenlijk de enige die direct en continu een oordeel kan vellen over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de verleende zorg. Alleen moet de klant hiertoe wel in staat gesteld worden. Dat betekent dat voor de klant duidelijk moet zijn welke activiteiten of producten geleverd zouden moeten worden en aan welke kwaliteitscriteria deze moeten voldoen. Ook moet er een laagdrempelige voorziening zijn waar de klant signalen over mogelijke onregelmatigheden kwijt kan. Tot slot kunnen voor de klant prikkels worden ingebouwd om te reageren op mogelijke onregelmatigheden, bijvoorbeeld in de vorm van een eigen bijdrage of een overstapmogelijkheid naar een andere aanbieder.

Aan de kant van de zorgaanbieder is het van belang om de prikkel en de mogelijkheden om te maximaliseren, te verminderen. Het invoeren van een laag tarief voor begeleiding vanuit

het sociale netwerk van de klant is hiervan een voorbeeld. Maar ook vormen van resultaatsturing in plaats van productsturing zijn hier voorbeelden van. Overigens is het in het laatste geval noodzakelijk om ook – zoals hiervoor vermeld – de positie van de klant te versterken om risico's van onderbehandeling te voorkomen.

Versterk de gemeentelijke handhaving

Gemeenten hebben de laatste jaren veel geïnvesteerd in de verbetering van de gemeentelijke handhaving op het terrein van de bestrijding van uitkeringsfraude. Het instrumentarium dat hiervoor is ontwikkeld, gaat veelal uit van individuele fraudeurs die zelf ook direct de baten van hun frauderen ontvangen. Zwart werken en woonvormfraude zijn daarbij veel voorkomende typen van fraude die bestreden moeten worden.

Met de decentralisatie van de laatste onderdelen van de Wmo en de Jeugdzorg betreedt een nieuw type fraudeur het veld. Vooral de fraudeurs die binnen de definitie van 'fraude' passen, hebben dikwijls een meer georganiseerd karakter, de fraude is minder eenduidig vast te stellen en het betreft vaak ondernemingen in plaats van individuen. Dit vraagt om een ander type expertise dan doorgaans aanwezig binnen gemeentelijke afdelingen fraudebestrijding. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om het vermogen om opvallende patronen in financiële data te onderscheiden en daarnaast om een basale medisch-inhoudelijke deskundigheid. Wij stellen voor om op regionaal niveau te starten met een pilot waarin een aan te wijzen functionaris de deelnemende gemeenten bedient, naar analogie van de handhaving door bijzondere opsporingsambtenaren en sociaal rechercheurs in een aantal gemeenten. Deze functionaris is beschikbaar als vraagbaak voor zorgconsulten, hij kan het fraudebewustzijn vergroten en voert complexe fraudeonderzoeken uit.

Daar waar fraudebestrijding in het domein van werk en inkomen in veel gemeenten een integraal onderdeel van de werkprocessen is, is dit in het gemeentelijke zorgdomein nog volop in ontwikkeling. Juist op het uitvoeringsniveau is in onze ogen nog veel te winnen door zorgconsulenten en medewerkers van de jeugdteams wat meer fraude-alert te maken. Dit betekent in onze ogen vooral dat mogelijke vormen van fraude nadrukkelijk moeten worden gedeeld en dat consulenten duidelijk wordt gemaakt wat mogelijke signalen van fraude of andere risico's zijn en hoe zij dienen te handelen als zij een onregelmatigheid constateren of menen te constateren.

In de loop van dit onderzoek is een aantal gemeenten op de eerste fraudegevallen gestuit. Daarbij werd duidelijk dat de processen met betrekking tot de opsporing en afhandeling van gesignaleerde fraude nog niet volledig ontwikkeld zijn. Op landelijk niveau wordt hiervoor een werkwijzer ontwikkeld, maar er zullen op lokaal en regionaal niveau nog tal van vragen praktische vragen overblijven. De schaal van de pilotgemeenten kan een goede schaal zijn om ervaringen met betrekking tot de opsporing en afhandeling van fraude uit te wisselen en daarvan te leren.

Overzicht van gebruikte literatuur en documenten

Algemene Rekenkamer (2013). *Geen harde gegevens over omvang fraude, wel schattingen*, Den Haag.

Benson, M.L. & Simpson, S.S. (2015). *Understanding white-collar crime. An opportunity perspective*, New York: Routledge.

CCV (2010). *De Tafel van elf. Een veelzijdig instrument*, Utrecht: CCV.

Cressey, D.R. (1950). The criminal violation of financial trust, *American Sociological Review*, 15 (6): 738-743.

Croall, H. (2001). *Understanding white collar crime*, Buckingham: Open University Press.

Divosa (2013). *Werkwijzer handhaving rechtmatigheid en arbeidsverplichting*, Utrecht: Divosa.

Dorminey, J., Scott Fleming, A., Kranacher,M-J & Riley, R.A., Jr. (2012). The Evolution of Fraud Theory. *Issues in Accounting Education*: 27, (2), 555-579. doi: http://dx.doi.org/10.2308/iace-50131

Fenger, M. & Maan, X. (2014). *Hoogwaardig handhaven in de gemeentelijke beleidspraktijk*, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Fenger, M. & Voorberg, W. (2013). *Uitkeringsfraude in perspectief*, Den Haag: Boom/Lemma.

Gemeente Cromstrijen, *Regionaal beleidsplan Wmo 2015* (versie 5 augustus 2014).

Gemeente Cromstrijen, *Kadernota Wmo 2015* (10 januari 2014).

Gemeente Gorinchem, *Besluit maatschappelijke ondersteuning Gorinchem*.

Gemeente Gorinchem, *Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning Gorinchem 2015*.

Gemeenten Maassluis, Vlaardingen en Schiedam, *Beleidsregels en nadere regels maatschappelijke ondersteuning Maassluis Vlaardingen en Schiedam 2015*

Gemeente Schiedam, *Bijlage 6 – Richtlijn indicatiestelling resultaat gerichte ondersteuning*

Gemeente Schiedam. *Een sterke basis! Concept kadernota jeugd 2015-2019.*

Mein, A. (2014) *Handreiking toezicht Wmo* Breda: Verwey-Jonker Instituut

Ministerie van Veiligheid en Justitie (2015). *Mogelijke frauderisico's met rijkssubsidies Bevindingen en aanbevelingen naar aanleiding van nader interdepartementaal onderzoek*, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015). Programmaplan Rechtmatige Zorg. Aanpak van fouten en fraude 2015-2018. Den Haag: Rijksoverheid.

Nederlands Jeugd Instituut. *Opvoedingsondersteuning.*

Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (2013). *Omgaan met het onbekende*. Den Haag, NSOB.

Nederlandse Zorgautoriteit (2013). *Onderzoek zorgfraude – Tussenrapport*. Den Haag: NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit (2014). *Samenvattend onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de in de zorg*, Den Haag: NZa.

Rijksoverheid (2013). *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet*.

Rijksoverheid (2015). *Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) 2015*.

Rijksoverheid (2015). *Memorie van Toelichting Wmo 2015.*

Rijksoverheid (2015) *Bepalingen financiële- en procedurele rechtmatigheid Wmo 2015 en Jeugdwet*, [http://www.vgn.nl/artikel/23298]

Samenwerkende gemeenten jeugdhulp Rijnmond. *Begroting 2015. Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond.*

Schillemans,T. (2007). *Verantwoording in de schaduw van de macht. Horizontale verantwoording bij zelfstandige uitvoeringsorganisaties*. Utrecht: USBO.

Serviceorganisatie Jeugd ZHZ (2014). *Modelbeleidsplan jeugdhulp gemeente XXX.*

Serviceorganisatie Jeugd ZHZ (2014). *Beleidsrijk Regionaal Transitie Arrangement. Jeugdhulp Zuid-Holland Zuid.*

Serviceorganisatie Jeugd ZHZ (2015). *Beleidsregels bij de toepassing van de Verordening Jeugdhulp in de regio Zuid-Holland Zuid.*

Serviceorganisatie Jeugd ZHZ (2015). *Gemeenschappelijke regeling Dienst Gezondheid en Jeugd Zuid-Holland Zuid.*

Serviceorganisatie Jeugd ZHZ (2015). *Wat doen we?* URL: http://jeugdzhz.nl/wat-doen-we.html Geraadpleegd op 1 december 2015.

Serviceorganisatie Jeugd ZHZ (2015). *Sturingsnotitie Jeugdhulp ZHZ.*

Sociale Dienst Drechtsteden. *Beleidsregels maatwerkvoorzieningen maatschappelijke ondersteuning Drechtsteden 2015*.

Sociale Dienst Drechtsteden, *Verordening maatwerkvoorzieningen maatschappelijke ondersteuning Drechtsteden 2015*

Sociale Dienst Drechtsteden. *Eerste wijziging van de Verordening Maatwerkvoorzieningen maatschappelijke ondersteuning 2015*

Sociale Dienst Drechtsteden. *Besluit Maatwerkvoorzieningen maatschappelijke ondersteuning Drechtsteden 2015*

Sparrow, M. (2000). *License to Steal. How Fraud Bleeds America's Health Care System*, Boulder: Westview Press.

Transitiebureau Wmo (2014) *Informatiekaart Beschermd Wonen*, Den Haag. [https://vng.nl/files/vng/publicaties/2014/201402-informatiekaart-beschermd-wonen.pdf]

VNG (2014). *Informatiekaart beschermd wonen.*

VNG (2015). *Landelijk transitiearrangement Jeugd 2015.*

VNG (2014). *Infographic Jeugdwet.*

VNG (2014). *Infographic zorgtransitie.*

Wolfe, D.T. & Hermanson, D.R. (2004). The Fraud Diamond: Considering the Four Elements of Fraud, *The CPA Journal*, December: 38-42.

Overzicht van respondenten en deelnemers focusgroepen

Miranda van den Akker	Pgb kwaliteitsadviseur, ROGplus
Marina Azarian	Verandermanager, Stichting Jeugdteams Zuid-Holland-Zuid
Ronald Bellekom	Beleidsmedewerker sociaal domein, VNG
Gieneke Bodewitz	Wmo-consulent, Sociale Dienst Drechtsteden
Arjen Brijs	Beleidadviseur team Sport, Welzijn en Zorg, gemeente Schiedam
Henry van der Burgh	Wmo-consulent, Sociale Dienst Drechtsteden
Pauline de la Court	Programmamanager handhaving en fraudepreventie zorg, VNG
Marjo van Dongen	Senior contractbeheerder, Sociale Dienst Drechtsteden
Annelies Donk	Jeugdprofessional CJG-jeugdteam, Sliedrecht
Hans Erkens	Strategisch beleidsadviseur Wmo, Sliedrecht
Dennis Gerits	Coördinator beleidsteam, Serviceorganisatie Jeugd Zuid-Holland Zuid
Suzanne Goedoen	Relatiebeheer/zorginkoop Wmo, DSW Zorgverzekeringen
Linda van der Graaf	Beleidsmedewerker Wmo, Sociale Dienst Drechtsteden
Petra Fleurbaaij	Fraudespecialist Langdurige Zorg, VGZ
Peter Haas	Directeur, Questa
Saskia Hartendorp	Teamleider Administratie Zorg, DSW Zorgverzekeringen
Bianca den Hartigh	Jeugdprofessional CJG-jeugdteam, Papendrecht
Maarten-Jan Hoekstra	Coördinator Wijkondersteuningsteams, Schiedam
Andrea Van der Hoeven	Consulent, Sociale Dienst Drechtsteden
Quirien Houweling	Manager Informatievoorziening, Serviceorganisatie Jeugd Zuid-Holland-Zuid
Marije Klink	Afdelingshoofd, Sociale Dienst Drechtsteden
Zwanet van Kooten	Senior adviseur, Radar Advies
Monica Lammers	Wmo-consulent, Sociale Dienst Drechtsteden
Jan van der Linden	Financieel manager, Serviceorganisatie Jeugd Zuid-Holland-Zuid
Leen Mulder	Planning en control, Sociale Dienst Drechtsteden
Annelies Nijhuis	Beleidsmedewerker Wmo, Sociale Dienst Drechtsteden
Raymond Nyns	Hoofd afdeling Bijzonder Onderzoek, DSW Zorgverzekeringen

Nicole Oomen	Verandermanager, Stichting Jeugdteams Zuid-Holland-Zuid
Celine van Oord	Jeugdprofessional CJG-jeugdteam, Papendrecht
Kim Oude Egberink	Jeugdprofessional CJG-jeugdteam, Sliedrecht
Suzanne Rojer	Projectleider Wijkondersteuningsteams, Schiedam
Margret van Schie	Teamleider maatschappelijke dienstverlening en kwartiermaker CJG-jeugdteam, Sliedrecht
Geert Schipaanboord	Beleidsmedewerker decentralisatie jeugd, VNG
Geert van der Schoor	Directeur, VdS Consult
Joke Seck	Coördinator uitvoering Wmo, gemeente Gorinchem
Laura Spoel	Wmo-consulent, Sociale Dienst Drechtsteden
Jannie Storm	Manager inkoop- en contractmanagement, Serviceorganisatie Jeugd Zuid-Holland-Zuid
Ellen Strijbosch	Beleidsmedewerker bestuurszaken, gemeente Cromstrijen
Arie Strik	Beleidsmedewerker afdeling Welzijn, gemeente Gorinchem
Jolanda Stuifzand	Programmaregisseur, Regio Drechtsteden
Bas Trouw	Coördinator Servicecentrum sector Dienstverlening en Middelen, gemeente Cromstrijen
Miranda van de Ven	Beleidsmedewerker Jeugd, gemeente Schiedam
Sylvia Verzijl	Wmo-consulent, Sociale Dienst Drechtsteden
Miranda Weij	Wmo-consulent, ROGplus
Annemiek Wervers	Wmo-consulent, gemeente Cromstrijen
Marjanneke Wieringa	Expertteam fraudepreventie en handhaving Wmo en Jeugd, VNG

Bijlage 1: proces voor rolstoelen bij SDD

Processtap	Inhoud van de processtap	Betrokken netwerk	Prikkels	Checks en balances
Melden	Cliënt meldt zich bij SDD voor een rolstoel	Cliënt SDD	Cliënt wil een bepaalde voorziening.	Onderzoek door SDD PGB: budgetplan
Onderzoek (advies indicatie)	De individuele situatie van de cliënt wordt onderzocht. Het onderzoek bestaat in ieder geval uit een gesprek, bij voorkeur bij de cliënt thuis. Dit resulteert in een onderzoeksverslag met daarin een advies voor indicatie.	Cliënt SDD Eventueel deskundigenadvies	SDD wil verstrekken wat nodig is tegen zo laag mogelijke kosten.	Cliënt kan geen bezwaar maken m.b.t. het onderzoek. Hij kan wel een aanvraag indienen en dan bezwaar maken tegen het besluit.
Aanvraag	De cliënt dient zelf een aanvraag in via het aanvraagformulier of het ondertekende onderzoeksverslag. Aanvraag PGB: de cliënt moet ook een budgetplan overleggen.	Cliënt SDD	Cliënt wil een bepaalde voorziening.	Onderzoek SDD
Besluit (definitieve indicatie)	SDD neemt een besluit over de aanvraag.	Cliënt SDD	SDD wil verstrekken wat nodig is tegen zo laag mogelijke kosten.	Bezwaar door cliënt mogelijk.
Aanbieder selecteren	Natura: SDD selecteert aanbieders. Cliënt kiest daar één aanbieder van. PGB: cliënt selecteert de aanbieder.	Cliënt SDD Zorgaanbieders	PGB: cliënt kan frauderen met zijn PGB-budget.	Natura: contractbeheer voert gesprekken met zorgaanbieders. Steekproeven, huisbezoeken. PGB: SVB beheert PGB-budget.
Uitvoeren	Er vindt een passing plaats. De rolstoel wordt geleverd en onderhouden.	Rolstoelaanbieders	Natura: aanbieder levert de goedkoopste optie/ zorgaanbieder wil indicatie voor een duurdere rolstoel.	Klachten van cliënten. Cliënten kunnen overstappen naar andere aanbieder. Natura: 'straf' voor gecontracteerde aanbieder is hoog.
Betalen	Natura: SDD betaalt voor de rolstoel. PGB: SVB betaalt de rekening van de rolstoel.	Natura: SDD PGB: Cliënt/ SVB	PGB: cliënt kan frauderen met PGB-budget.	Natura: contractbeheer voert regelmatig gesprekken. PGB: SVB als tussenschakel.
Controleren	Resultaatsturing.	SDD SVB		

Bijlage 2: processen voor woon- en vervoersvoorzieningen bij SDD

Processtap	Inhoud van de processtap	Betrokken netwerk	Prikkels	Checks en balances
Melden	Cliënt meldt zich bij SDD voor een voorziening	Cliënt SDD	Cliënt wil een bepaalde voorziening.	Onderzoek door SDD Eigen bijdrage Cliënt. PGB: budgetplan
Onderzoek (advies indicatie)	De individuele situatie van de cliënt wordt onderzocht. Het onderzoek bestaat in ieder geval uit een gesprek, bij voorkeur bij de cliënt thuis. Dit resulteert in een onderzoeksverslag met daarin een advies voor indicatie.	Cliënt SDD Eventueel deskundigenadvies	SDD wil verstrekken wat nodig is tegen zo laag mogelijke kosten.	Cliënt kan geen bezwaar maken m.b.t. het onderzoek. Hij kan wel een aanvraag indienen en dan bezwaar maken tegen het besluit.
Aanvraag	De cliënt dient zelf een aanvraag in via het aanvraagformulier of het ondertekende onderzoeksverslag. Aanvraag PGB: de cliënt moet ook een budgetplan overleggen.	Cliënt SDD	Cliënt wil een bepaalde voorziening.	Onderzoek SDD
Besluit (definitieve indicatie)	SDD neemt een besluit over de aanvraag.	Cliënt SDD	SDD wil verstrekken wat nodig is tegen zo laag mogelijke kosten.	Bezwaar door cliënt mogelijk.
Aanbieder selecteren	Natura: SDD selecteert aanbieders. Cliënt kiest daar één aanbieder van. PGB: cliënt selecteert de aanbieder.	Cliënt SDD Zorgaanbieders	PGB: cliënt kan frauderen met zijn PGB-budget.	Natura: contractbeheer voert gesprekken met zorgaanbieders. Steekproeven, huisbezoeken. PGB: SVB beheert PGB-budget.
Uitvoeren	Er vindt indien nodig een passing plaats. De voorziening wordt geleverd en indien nodig onderhouden.	Aanbieders van de voorziening	Natura: aanbieder levert de goedkoopste optie/ zorgaanbieder wil indicatie voor een duurdere voorziening.	Klachten van cliënten. Cliënten kunnen overstappen naar andere aanbieder. Natura: 'straf' voor gecontracteerde aanbieder is hoog.
Betalen	Natura: SDD betaalt voor de voorziening. PGB (weinig): SVB betaalt de rekening van de voorziening.	Natura: SDD PGB: Cliënt/ SVB CAK int de eigen bijdrage	PGB: cliënt kan frauderen met PGB-budget. Aanbieder: er worden rekeningen ingediend voor voorzieningen die niet geleverd zijn.	Natura: contractbeheer voert regelmatig gesprekken. PGB: SVB als tussenschakel. Te hoge eigen bijdrage kan maken dat de Cliënt fraude signaleert.
Controleren	Productfinanciering.	SDD SVB		

Bijlage 3: proces voor beschermd wonen bij SDD

Processtap	Inhoud van de processtap	Betrokken netwerk	Prikkels	Checks en balances
Melden	Cliënt meldt zich bij SDD voor beschermd wonen.	Cliënt SDD Vaak aanbieders die de melding doen.	Cliënt wil een bepaalde voorziening. Aanbieder wil maximale zorg.	Onderzoek door SDD Eigen bijdrage Cliënt. PGB: budgetplan
Onderzoek (advies indicatie)	De individuele situatie van de cliënt wordt onderzocht. Het onderzoek bestaat in ieder geval uit een gesprek, bij voorkeur bij de cliënt thuis. Bij beschermd wonen is dit gesprek veelal bij de aanbieder. Bij het indiceren zien de consulenten meer documenten dan bij de overige Wmo-producten. Dit resulteert in een onderzoeksverslag met daarin een advies voor indicatie.	Cliënt SDD Eventueel deskundigenadvies	SDD wil verstrekken wat nodig is tegen zo laag mogelijke kosten.	Cliënt kan geen bezwaar maken m.b.t. het onderzoek. Hij kan wel een aanvraag indienen en dan bezwaar maken tegen het besluit.
Aanvraag	De cliënt dient zelf een aanvraag in via het aanvraagformulier of het ondertekende onderzoeksverslag. Aanvraag PGB: de cliënt moet ook een budgetplan overleggen.	Cliënt SDD	Cliënt wil een bepaalde voorziening. Aanbieder wil maximale zorg verlenen.	Onderzoek SDD. Herindicaties zijn gepland. Ondersteuningsplannen worden opgevraagd.
Besluit (definitieve indicatie)	SDD neemt een besluit over de aanvraag.	Cliënt SDD	SDD wil verstrekken wat nodig is tegen zo laag mogelijke kosten.	Bezwaar door cliënt mogelijk.
Aanbieder selecteren	Natura: SDD selecteert aanbieders. Cliënt kiest daar één aanbieder van. PGB: cliënt selecteert de aanbieder.	Cliënt SDD Zorgaanbieders	.	Natura: nu zijn er nog de oude contracten. SDD is opnieuw aan het aanbesteden.
Uitvoeren	Beschermd wonen wordt geleverd.	Aanbieder van de voorziening	Aanbieder levert iets anders (goedkopers) dan waar het budget voor bedoeld is. PGB: een hoger bedrag declareren dan werkelijk gebruikt/geleverd.	
Betalen	Natura: SDD betaalt voor beschermd wonen PGB (weinig): SVB betaalt de gedeclareerde zorg.	Natura: SDD PGB: Cliënt/ SVB CAK int de eigen bijdrage	Organisatie declareert hoogste aantal uren. Vervuilde bestanden.	Nu nog weinig bij de SDD. Er zijn plannen om dit te verbeteren.
Controleren	Productfinanciering.	SDD; in de toekomst eventueel zorglokaal SVB	SDD wil grip op de kosten krijgen.	Nu nog weinig toezicht. SDD is intern aan het kijken hoe ze dit op gaan lossen.

Bijlage 4: Verschillende vormen van jeugdhulp

Per 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor alle vormen van jeugdhulp, kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. De Jeugdwet vervangt de Wet op de Jeugdzorg en een deel van de AWBZ en de Zorgverzekeringwet.[55] Daarmee zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor verschillende vormen van jeugdhulp.

Vorm	Omschrijving
Preventie, opgroei- en opvoedondersteuning	Preventie, opgroei- en opvoedondersteuning omvatten preventieve en curatieve activiteiten en interventies die gericht zijn op het verbeteren van de opvoedsituatie van jeugdigen. Hieronder vallen pedagogische advisering, voorlichting, coachingstrajecten, communicatietrainingen, oudercursussen en overige trainingen, behandelingen en bijeenkomsten die gericht zijn op het verbeteren van de opvoedingscompetenties van ouders. Dit kan ook begeleiding en persoonlijke verzorging voor jeugdigen inhouden.[56]
Hulp voor licht verstandelijk beperkte of licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen	De verstandelijk gehandicaptenzorg voor jeugdigen die onder de Jeugdwet valt, omvat het merendeel van de totale zorg voor jeugdigen met een verstandelijke beperking. Binnen dit palet van zorg valt ook de zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugdigen met gedragsproblemen zoals Orthopedagogische Behandelcentra (OBC's) die bieden en de zorg die Multifunctionele Centra (MFC's) bieden voor verstandelijk beperkte jeugdigen met een psychische stoornis. De verstandelijk gehandicaptenzorg vraagt om een integrale aanpak, zo vroeg mogelijk, en is gericht op preventie en vroeg signalering, die deze kinderen met hun beperktere sociale redzaamheid mogelijkheden biedt op participatie en die de noodzaak van inzet van zware behandelzorg kan verminderen.
Jeugd-ggz	Hulp om jeugdigen met psychische klachten of stoornissen te voorkomen, te behandelen en te genezen. De geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz) richt zich op jeugdigen met psychische klachten of psychische stoornissen. Binnen dit palet van zorg vallen onder andere de preventieve zorg, zoals die voor kinderen van ouders met psychiatrische of verslavingsproblematiek, geïndiceerde preventie, participatie in zorgadviesteams, diagnose en behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie in de leeftijd tussen zeven en twaalf jaar, gesprekstherapie bij een psycholoog, psychiatrische gezinsbegeleiding, verslavingszorg, e-health, acute psychiatrie, vroegkinderlijke traumabehandeling en de multidisciplinaire zorg vanuit de ggz. Behandeling van psychische klachten of stoornissen vindt overwegend plaats in de vorm van ambulante zorg. Door de decentralisatie van de jeugd-ggz ontstaan er meer mogelijkheden voor integrale diagnostiek en voor integrale zorg aan jeugdigen met problematiek op meerdere vlakken en voor sneller signaleren en handelen in de voorzieningen rondom jeugd en gezin. De gemeenten hebben meer regiemogelijkheden op de jeugdhulp.

[55] VNG. *Infographic zorgtransitie.*
[56] Nederlands Jeugd Instituut. *Opvoedingsondersteuning.* Zie: http://www.nji.nl/Opvoedingsondersteuning-Praktijk-Erkende-interventies.

Vorm	Omschrijving
	Hierdoor ontstaat er een financiële prikkel voor gemeenten om te investeren in zelfmanagement en eigen kracht, preventieve ggz en lichte vormen van zorg, met als doel het beroep op de specialistische jeugd-ggz te verminderen. Voorheen waren diverse vormen van jeugd-ggz onder verschillende wettelijke kaders ondergebracht. Jeugd-ggz viel voornamelijk onder de Zorgverzekeringwet, maar als een opname in een ggz-instelling langer dan een jaar duurde, dan viel deze zorg onder de AWBZ. Dit gold ook voor extramurale begeleiding en beschermd wonen. Collectieve preventie, selectieve preventie en maatschappelijke ondersteuning op het vlak van GGZ viel onder de Wmo.[57]
Gesloten jeugdhulp	Wanneer de jeugdige zich aan de jeugdhulp die hij nodig heeft onttrekt of daaraan door anderen wordt onttrokken, kan gesloten jeugdhulp worden ingezet. Dit is een zeer zware en intensieve vorm van gespecialiseerde jeugdhulp waarbij de vrijheden van de jeugdige kunnen worden ingeperkt, om te voorkomen dat de jeugdige zich onttrekt of onttrokken wordt aan de hulp die hij nodig heeft. Gesloten jeugdhulp heeft als doel jeugdigen met ernstige gedragsproblemen te behandelen en een dusdanige gedragsverandering te bewerkstelligen dat deze jeugdigen weer kunnen participeren in de maatschappij. De beoordeling of sprake is van een dusdanig ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen die de ontwikkeling naar volwassenheid dusdanig ernstig belemmeren dat jeugdhulp noodzakelijk is en dat het daarbij noodzakelijk is deze jeugdhulp gesloten te verlenen, is uiteindelijk aan de kinderrechter.
Jeugdbescherming en jeugdreclassering	Jeugdbescherming is een gedwongen maatregel die door de rechter wordt opgelegd, waarbij een jeugdige onder toezicht wordt gesteld en door gezinsvoogden begeleid worden totdat ouders de opvoeding van hun kind weer zelfstandig kunnen overnemen. Wanneer een jeugdige (tijdelijk) niet meer thuis kan wonen, kan een jeugdige in een pleeggezin worden ondergebracht. Dit kan zowel vrijwillig als ook binnen een justitieel (gedwongen) kader plaatsvinden. Het vrijwillige kader ziet toe op de plaatsing van een kind in een pleeggezin, met instemming van de ouder met gezag. Het justitiële kader ziet toe op de plaatsing van een kind in een pleeggezin in gevallen waarin de voogdij niet langer bij de biologische ouders ligt. Zowel in het vrijwillige als in het justitiële kader geldt dat het College van B&W van een gemeente voor een jeugdige een individuele voorziening kan treffen, waarmee deze toegang krijgt tot jeugdhulp.[58] Jeugdreclassering heeft betrekking op jeugdigen in de leeftijd tussen 12 en 18 jaar oud, die in aanraking zijn geweest met politie. Een op maat gemaakt begeleidingsplan moet voorkomen dat de jeugdige opnieuw de fout ingaat. [59]

[57] Zie: https://www.voordejeugd.nl/stelselwijziging/jeugdhulp/soorten-jeugdhulp/jeugd-ggz.
[58] *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet.* 1 juli 2013.
[59] Zie: http://www.jeugdzorgnederland.nl/jeugdbescherming/.

Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit der Sociale Wetenschappen (FSW)
Departement Bestuurskunde - Sociologie

Campus Woudestein
Mandeville Building T17-42
Menno Fenger
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA ROTTERDAM
T 010-408 2534
E fenger@fsw.eur.nl
Februari, 2016

Erasmus
University
Rotterdam

NSOB

Nederlandse School voor Openbaar Bestuur